1927 Fasc. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Volume XXXIV — Anno 1927

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1927

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1927.

Abbruzzetti dott. Alfonso - Venezia.
Agostini dott. Marcello - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini prof. Giulio - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Almagià prof. Marco - Roma.
Ambrosoli prof. Gian Angelo - Milano.
Angelelli dott. Onofrio - Pisa.
Annicchiarico-Petruzzelli dott. Giuseppe - Roma.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Artom dott. Mario - Novara.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Maurizio - Catania.
Ascoli dott. Ruggero - Milano.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Atzeni Tedesco dott. P. - Cagliari.
Ayala prof. Giuseppe - Roma.
Banchieri dott. Emanuele - Genova.
Barbacci dott. Piero - Siena.
Barbieri dott. Augusto - Sassocorvaro.
Basile prof. Carlo - Roma.
Basso dott. Ermenegildo - Genova.
Battoni dott. Enrico - Modena.
Beggiato dott. Ugo - Schio.
Bellantoni dott. Rocco - Scilla.
Bellussi prof. Angelo - Roma.
Benci dott. Mario - Trieste.
Beretvas dott. Leopoldo - Palermo.
Bettòlo dott. Alfredo - Pisa.
Bilancioni prof. Guglielmo - Pisa.
Blasi dott. Giuseppe - Monteprandone.
Bocchetti dott. Federigo - Anzio.
Bompiani prof. Gaetano - Roma.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Brunetti dott. Felice - Montecatini.
Bua dott. Francesco - Torino.
Buonomo La Rossa dott. Francesco - Napoli.
Bussalay dott. Enrico - Nuoro.
Bussi prof. Armando - Roma.
Caja dott. Mario - Roma.
Callari dott. Ignazio - Ancona.
Caramazza dott. Pietro - Palermo.
Caratozzolo dott. Annunziato - Brescello.
Cardini prof. Massimiliano - Roma.
Carducci prof. Agostino - Roma.
Carezzano dott. P. - Alessandria.
Carlucci dott. Raffaele - Roma.
Carnelli dott. Riccardo - Modigliana.
Caroli dott. A. - Siena.
Carpi prof. Umberto - Milano.
Carusi dott. Marco - Roma.
Carusi dott. Renzo - Roma.
Cascio Rocca prof. Giuseppe - Palermo.
Cassitto dott. Francesco - Bari.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Cecchetelli dott. Tullio - Roma.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chiatante prof. Nicola - Roma.
Chistoni prof. Alfredo - Parma.
Chizzola dott. Giuliano - Udine.
Cignolini dott. Pietro - Genova.
Ciancio dott. Nicola - Rio de Janeiro.
Ciaprini dott. Gino - Verona.
Cioffi dott. Alfredo - Marina di Vietri sul Mare.
Cividali prof. Andrea - Bologna.
Clemente prof. Domenico - Salerno.
Coglievina dott. Benvenuto - Trieste.
Coen-Cagli prof. Guglielmo - Roma.
Collina dott. Mario - Roma.
Condorelli prof. Luigi - Napoli.
Cornacchione dott. Raffaele - Picerno.
Corradi dott.ª Alba - Roma.
Cortella dott. Emilio - S. Antonio in Ovada.
Cuccia dott. Vito - Palermo.
Curti prof. Eugenio - Brescia.
D'Agata prof. Giuseppe - Messina.
D'Alessandro prof. Franco - Bergamo.
De Benedetti dott. Leonardo - Torino.
Debenedetti dott. Virginio - Ivrea.
De Chiara dott. Domenico - Roma.
Del Duca dott. Domenico - Chiusi in Casentino.
Della Casa dott. Vittore - Orvieto.
De Luca dott. Benedetto - Grosseto.
De Vecchi dott. Gino - Paullo Milanese.
De Vincentis dott. Marco - Posta.
Dian prof. Antonio - Venezia.
Diez prof. Salvatore - Roma.
Di Marzio prof. Quirino - Roma.
Di Mattei prof. Pietro - Roma.
Doria prof. Raimondo - Roma.

Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Enrico dott. Cesare - Roma.
Escalar dott. Gioacchino - Roma.
Ettorre dott. Enrico - Milano.
Faberi dott. Mario - Roma.
Fambri dott.ª Elena - Roma.
Fasano prof. Mario - Asti.
Fattori dott. Ferdinando - Urbino.
Federici dott. Nicolino - Sassari.
Ferrannini prof. Luigi - Cagliari.
Filippa dott. C. - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorani Gallotta prof. Pier Luigi - Padova.
Fiorentini dott. Augusto - Roma.
Fiorini dott. C. - Verona.
Foà dott. Gustavo - Terracina.
Frattin prof. Giuseppe - Modena.
Frizzera dott. Augusto - Trento.
Fronticelli dott. Enrico - Roma.
Fumarola prof. Giacomo - Roma.
Furno prof. Alberto - Genova.
Gaeta dott. Riccardo - Poggio Berni.
Gaifami prof. Paolo - Bari.
Galli prof. Giulio - Roma.
Galli dott. Paolo - Faenza.
Garrone dott. Enrico - Roma.
Garzoli dott. Giov. Batt. - Siena.
Gasparini dott. Antonio - Padova.
Gentili prof. Giovanni - Roma.
Germino dott. Alfredo - Napoli.
Ghiron prof. Mario - Roma.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Giannini dott. Cesare - Roma.
Gioseffi dott. Mauro - Pola.
Giudiceandrea prof. Vincenzo - Roma.
Goldstein dott. Marco - Trieste.
Gosio prof. Bartolomeo - Roma.
Graziani dott. Francesco - Zara.
Grifi dott. Filippo - Firenze.
Gucci dott. Giuseppe - S. Giovanni Valdarno.
Iotti dott. Gino - Reggio Emilia.
Jacchia dott. Luigi - Bologna.
Jura prof. Vincenzo - Roma.
Lasagna prof. Francesco - Parma.
Laurenti dott. Temistocle - Roma.
Lega dott. Giulio - Roma.
Leo dott. Cosimo - Pesaro.
Leo prof. Eustacchio - Pisa.
Leotta prof. Nicola - Bari.
Ligorio prof. Edoardo - Venezia.
Lionetti dott. Giovanni - Roma.
Lippera dott. Carlo - Fano.
Livierato prof. Paganico E. - Genova.
Locatelli dott. G. - Belluno.
Lo Schiavo dott. Eduardo - Baragiano Scalo.
Lovaglio dott. Roberto - Bari.
Lozzi dott. Vincenzo - Roma.
Lucangeli prof. Gian Luca - Roma.
Luccarelli prof. Vincenzo - Viadana.
Lucherini dott. Tommaso - Roma.
Luzzatto-Fegiz dott. Giusto - Davos (Svizzera).
Maddalena dott. G.
Maimone dott. Dogalino - Roma.
Mairano dott. Mario - Torino.
Majeron dott. Ferdinando - Udine.
Manai dott. Andrea - Sassari.
Manna dott. Arturo - Roma.
Marcer dott. Ruggero - S. Vendemiano.
Marchini dott. Franco - Forlì.
Marino prof Salvatore - Roma.
Martinelli dott. Mario - Trento.
Martiri dott. Adolfo - Firenze.
Marzo dott. Nunzio - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Massini prof. Luigi Carlo - Genova.
Matronola dott. Giuseppe - Roma.
Meldolesi prof. Gino - Roma.
Melli dott. Guido.
Memmi prof. Guglielmo - Grosseto.
Mendes prof. Guido - Roma.
Meo Colombo dott.ª Isabella - Roma.
Milani prof. Eugenio - Perugia.
Mingazzini prof. Ermanno - Roma.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Mirto prof. Girolamo - Palermo.
Modigliani prof. Enrico - Roma.
Montanari prof. Arrigo - Ancona.
Montanari dott. Manlio - Bologna.
Monteleone dott. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Morselli prof. Enrico - Genova.
Murri prof. Augusto - Bologna.
Muzi dott. Mario - Roma.
Nobili dott. A. - Novara.

Pagani Cesa dott.
Palladini dott. Arnaldo - Roma.
Pancrazio prof. Francesco - Padova.
Parodi dott. Felice - Roma.
Pazzi dott. Ermanno - Roma.
Pecori prof. Giuseppe - Roma.
Pergher dott. Giuseppe - Roma.
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Persia dott. Ascenzio - Roma.
Pestalozza prof. Ernesto - Roma.
Petragnani prof. Gianni - Cagliari.
Piazza prof. Vito Cesare - Palermo.
Piccardi prof. Giuseppe - Torino.
Pieri prof. Gino - Belluno.
Pilotti dott. Giovanni - Roma.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pittarelli dott. Emilio - Chieti.
Pittiani dott. Giovanni - Sarezzo.
Podestà dott. Giov. Batt. - Genova.
Polacco dott. Ezio - Padova.
Pollitzer prof. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Pozzo dott. Antonio - Udine.
Puntoni prof. Vittorio - Roma.
Racchiusa prof. Sante - Messina.
Repaci dott. Filippo - Roma.
Ribolla prof. Romolo - Roma.
Riccardi dott. Francesco - Roma.
Ricci dott. Angelo - Roma.
Ricci dott. Francesco - Pavia.
Rinaldi dott. Pietro - Roma.
Roasenda prof. Giuseppe - Torino.
Rocchi dott. Filippo - Roma.
Roi dott. Giulio - Verona.
Ronzini dott. Mario - Bari.
Rossi dott. C. - Bari.
Rossi-Doria prof. Tullio - Roma.
Rossoni dott. V. - Chieti.
Russo dott. Vincenzo - Cefalù.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Sabatucci dott. Mario.
Sala dott. Armando - Ronciglione.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Sandri dott. Oliviero - Mantova.
Sannicandro dott. Giuseppe - Bari.
Santorsola dott. Domenico - Anzio.
Sbavaglia dott. Luigi - Roma.
Sberna prof. Sebastiano - Firenze.
Sbrozzi prof. Marcello - Fano.
Scandurra dott. Salvatore - Roma.
Schiassi prof. Francesco - Bologna.
Sciarra prof. Olinto - Napoli.
Secco dott. Carlo - Verona.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Sette prof. Nicola - Ancona.
Settimj dott. Luigi - Roma.
Sforza prof. Luigi - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Silvestri prof. Silvestro - Roma.
Simonini dott. Vasco - Firenze.
Sivori prof. Luigi - Genova.
Solieri prof. Sante - Forlì.
Spangaro prof. Saverio - Verona.
Spolverini prof. Luigi - Pavia.
Staffieri prof. Davide - Rosario di Santa Fè (Argentina).
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Taddei prof. Onofrio - Pisa.
Tancredi dott. Giuseppe - Roma.
Tomasi dott. Luigi - Udine.
Tommasi prof. Ludovico - Siena.
Tommasini-Mattiucci dott. Arduino Roma.
Tonelli dott. Luigi - Roma.
Tonello dott. Guido - Pescia.
Tonietti dott. Francesco - Roma.
Toscano dott. Carmelo - Roma.
Trenti prof. Enrico - Roma.
Trentini dott. Silvio - Pisa.
Trossarelli dott. Alberto - Torino.
Urbani dott. Lucio - Roma.
Valdoni dott. Pietro - Roma.
Valenti dott. Calogero.
Venturi dott. Tommaso - Firenze.
Vernazza dott. Giovanni - Calienera di Lecce.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Verrotti dott. Giuseppe - Catania.
Viale prof. Gaetano - Rosario (Rep. Argentina).
Villata dott. Giov. Batt. - Torino.
Vincentini dott. Francesco - Roma.
Zagami dott. Vittorio - Messina.
Zambler dott. Adelchi - Piazzola sul Brenta.
Zanalda dott. Davide - Mariano Comense.

INDICE GENERALE

VOLUME XXXIV - 1927

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DALLA PRATICA CORRENTE.

MEDICINA E IGIENE SOCIALE.

LEZIONI. CONFERENZE.

RIVISTE SINTETICHE
QUESTIONI DEL GIORNO.

COMMENTI.
NOTE POLEMICHE. RIVENDICAZIONI.

STORIA DELLA MEDICINA.

RESOCONTI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

NECROLOGIE.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; CENNI BIBLIOGRAFICI; SERVIZI IGIENICO-SANITARI; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; vedi l'Indice delle materie.

CONCORSI; NOMINE; PROMOZIONI E ONORIFICENZE; NOSTRE CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE: vedi alla fine dei singoli fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

D

E

F

G

J

K

L

M

P

R

T

U

V

W

X

Z

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

D

E

F

"Il Policlinico„ Sezione Medica e Sezione Chirurgica

Affinchè i Medici possano apprezzare l'importanza delle Memorie originali che vengono accolte nelle nostre *Sezioni Medica e Chirurgica,* riportiamo l'indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nell'anno 1927.

Sezione Medica del « POLICLINICO »

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Sezione Chirurgica del « POLICLINICO »

MEMORIE ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Abbonamenti cumulativi per il 1928 con « Il Policlinico »

CUORE E CIRCOLAZIONE

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO.

Nei 12 fascicoli pubblicati nel 1927 è contenuto quanto segue:

Lavori originali.

Pag.

ANTONELLI prof. G. — Sul valore diagnostico e prognostico della pressione venosa in rapporto alla pressione arteriosa nelle affezioni cardio vascolari ed in alcune pneumopatie 45, 89
AVEZZÙ dott. G. e CHINI dott. V. — Intorno al significato clinico di alcuni reperti elettrocardiografici negli anginosi 101
AVEZZÙ dott. G. e CHINI dott. V. — Il polimorfismo extrasistolico ventricolare e i suoi rapporti con sindromi terminali del cuore 417
BENEDETTI P. e DE CASTRO U. — Contributo anatomo-clinico allo studio dell'arteriosclerosi polmonare 353, 397
CASTELLOTTI dott. F. — Variazioni sfigmografiche del polso radiale e modificazioni capillaroscopiche, per stimolazione elettrica del plesso nervoso 177, 229
CHINI dott. V. — Appunti di elettrocardiologia. Sulla contemporaneità di blocchi multipli dello stimolo cardiaco lungo il decorso del fascio primitivo 221
ID. — Ulteriore contributo alla conoscenza dell'alternanza 494
CONDORELLI prof. L. — Fibrillazione auricolare transitoria durante la tachicardia nodale. (Ricerche elettrocardiografiche ed istopatologiche) 309
GHERARDINI dott. G. — Sulla diagnosi clinica dell'aneurisma cronico parziale del cuore di origine arteriosa 441
GROSSI prof. L. — La claudicazione cerebrale dei cardiopatici 265
INTROZZI dott. P. e ORSI dott. A. — Disturbi della eccitabilità e della conducibilità cardiache per compressione dei bulbi oculari 133
LIVIERATO prof. P. E. — La percussione dello sterno come procedimento semeiotico per determinare le condizioni anatomiche dell'aorta 331
ORSI dott. A. — Su una forma complessa di bradicardia 14
PERITI dott. E. — Il tono del cuore e la funzionalità miocardica studiata col metodo della stasi venosa provocata 290
PEZZI prof. C. — Il segno della danza ilare; sua interpretazione in un caso di dissociazione atrio-ventricolare completa 381
PITTIANI dott. G. — La questione clinica del tono del cuore 239
ROSSI prof. A. e CHINI dott. V. — Appunti di elettrocardiologia. Sulle alterazioni dell'onda T nelle cardiosclerosi 23
ID. ID. — Appunti di elettrocardiologia. Sulle alterazioni dei complessi ventricolari nelle miocarditi 71
ID. ID. — Appunti di elettrocardiologia. Ulteriori osservazioni sulle miocarditi . . . 157
ID. ID. — Appunti di elettrocardiologia. Intorno ad alcune alterazioni dell'onda atriale e al loro rapporto con alterazioni del complesso ventricolare 202
RUSCONI dott. M. — Un caso di pericarditis calculosa 485
SACCHETTO prof. I. e MARTINELLI L. — Azione del fumo sul sistema nervoso vasomotore 276
SANGIORGI dott. P. — Ipotonia arteriosa primitiva e stati ipotensivi 507
SARMIENTO dott. P. — Le iniezioni intraortiche 29
SCIMONE dott. V. — Insufficienza della polmonare in corso di stenosi mitralica . . . 3
SEBASTIANI prof. A. — Su di un raro tipo di tachicardia parossistica ventricolare . . 322

Riviste sintetiche.

Pag.

ROTHBERGER C. I. — Sulla patogenesi dell'extrasistolia 209

Riviste e Rassegne: Se ne sono pubblicate ben 129, ma per difetto di spazio se ne omette l'elenco.

Notizie Bibliografiche.

KYLIN E. — Le ipertonie 263
PERITI E. — L'insufficienza del cuore, con speciale riguardo ai concetti moderni di fisiopatologia 351
SCHWEIHEIMER W. — Il cuore e i vasi sanguigni: direttive di vita per malati di cuore. 264
WEDER A. — L'elettrocardiografia e gli altri metodi grafici nella diagnostica circolatoria 308

Per le condizioni di abbonamento pel 1928 vedere a pagina XLVIII.

Abbonamenti cumulativi per il 1928 con « Il Policlinico »

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per medici pratici.

Riportiamo l'Indice delle Rubriche dei 12 fascicoli del 1927:

Lavori originali.

CLAUSER F. — Ortodiagrafia e costituzione nella puerpera
CUZZI G. — A proposito di rottura spontanea del fondo dell'utero al settimo mese di gravidanza . . .
D'APRILE F. — Diabete, gravidanza ed insulin'
DAVANZO I. — Su alcune forme di metrorragie postclimateriche non carcinomatose
DEL BUONO P. — Le irradiazioni ipofisarie in ginecologia
DELLEPIANE G. — Neonati senza collo. La sindrome di Klippel e Feil considerata dal punto di vista ostetrico
DELLEPIANE G. e BADINO P. — L'anestesia paravertebrale in ostetricia e ginecologia
FERRACCIU D. — Metabolismo basale in gravidanza e puerperio
MATTINA A. — Le lesioni congenite del diaframma e l'insufficienza respiratoria del neonato
PATTI F. — Radium-terapia preoperatoria. Radium-chirurgia. Contributo all'azione biologica del Radium sugli epiteliomi della portio uterina
PICHEZZI L. — La determinazione del sesso a volontà
ROGGIERO O. — Distocia da isteropessi addominale
SFAMENI P. — Sul meccanismo di migrazione dell'uovo e sulla etiologia della gravidanza tubarica con speciale riguardo alla origine della migrazione indiretta
TROPEA-MANDALARI U. — Contributo allo studio della flora batterica anaerobica dei carcinomi genitali ulcerati

Fatti e documenti (casistica clinica ed anatomica).

BACHECA A. — Idrocefalia e palatoschisi
BADER R. — La sinfisiectomia di Costa dilata permanentemente il bacino. Le esperienze di un medico condotto su questa operazione
BARBERI S. — Contributo allo studio dell'ittero emolitico nei lattanti
BINI L. — La via addominale nel parto a termine
CAPECCHI E. — Inondazione peritoneale da gravidanza extra-uterina in operata da empiema dell'appendicite in 10ª giornata. (Evoluzione, diagnosi, terapia, esito finale)
CASTAGNA P. — Idrocefalo con aplasia dei genitali interni ed esterni, reni cistici, assenza del tenue e comunicazione del colon nella vescica
COGGI G. — Su un caso di difterite vulvare primitiva
FLORIS M. — Considerazioni anatomo-cliniche sopra un caso di sarcoma necrotico suppurato dell'utero con decorso post-operatorio complicato da scarlattina
FRAULINI M. — Grave avvelenamento per assorbimento di acido cromico applicato sopra estesa cervicite in donna blenorragica
FRONTICELLI E. — Sifilide terziaria ignorata a carico dell'utero e degli annessi
GUCCI G. — Sopra un caso di papilloma ovarico, con metastasi peritoneali ed intestinali, regredite dopo l'ovariectomia
LA MONICA U. — Colpoperineoplastica causa di distocia
MARZETTI V. — Un caso di gravidanza tubo-ovarica
PASINI U. — Considerazioni cliniche operative su di un caso di distacco precoce di placenta normalmente inserta
POTOTSCHNIG G. — Taglio cesareo in un caso di gozzo con grave compressione tracheale
RIZZATTI G. — Un altro caso di distacco totale di placenta in gravidanza nefritica
SBROZZI M. — Rottura spontanea del fondo dell'utero in travaglio con passaggio della placenta nell'addome
SORACI A. — Sopra un leiomioma della vagina complicante il parto in primipara
VIOLATO A. — Artrite suppurativa pubica ed ascesso dello spazio soprapubico in puerperio
VOLPE A. — Cisti di echinococco dell'epiploon e cisti ovarica

La rubrica degli errori.

CLAUSER F. — Sulla diagnosi di gravidanza extra-uterina a termine
DALLERA N. — Come una cisti dell'ovaio possa indurre alla diagnosi di fibromioma dell'utero
DE CANDIA G. — Milza migrante pelvica causa di errore diagnostico
GAIFAMI P. — A proposito di gravidanza extra-uterina a termine misconosciuta
LORENZETTI F. — Contributo alla diagnostica ostetrico-ginecologica. Gravidanza extrauterina
MANNA A. — Emorragia del cancro del collo dell'utero in gravidanza simulante un aborto
MATERZANINI A. — Gravidanza extrauterina settimestre diagnosticata come gravidanza uterina complicata da cisti ovarica con ritenzione del feto morto
MERGARI A.: Cisti dermoide torta sul peduncolo diagnosticata come aborto tubarico
NORDIO A. — Cisti parovarica con torsione degli annessi che simula una gravidanza extra-uterina
PROCOPIO G. S. — Ingrossamento di una tromba e di una ovaia per disturbi circolatorii simulanti un tumore ovarico

Apparecchi e strumenti nuovi.

DALLERA N. — Su un nuovo modello di forcipe a branche non incrociate
SIRENA CORLEO P. — Forcipe a cucchiaia modificabile con gemelle alternate oscillanti

Note di Terapia.

BOMPIANI R. — Opso-oligomenorrea ed enuresi guarite in seguito a radioterapia stimolatrice
BRONZINI D. — Il forcipe di Kielland nella pratica
DE COTRET R. — Sul valore della pituitrina
LO CICERO G. — Il siero antistreptococcico nella profilassi della febbre puerperale
NAPPI P. — La laminaria nel parto prematuro
OLIVA L. A. — Le stomosine nella pratica ostetrica e ginecologica .
PACI G. — Il raschiamento nell'aborto febbrile
SPRECHER. — La provocazione dell'aborto nella sifilitica?

Riviste generali.

CARLINI P. — Il varicocele pelvico
CLAUSER F. — Indicazioni e metodi della terapia attinica nella Clinica ginecologica di Monaco
MANNA A. — Le lesioni degli organi genitali femminili durante l'accoppiamento
RIZZACASA N. — Sulla diagnosi della gravidanza extra-uterina
TIMPANARO O. — Il valore degli estratti ipofisari nel secondamento e nel dopo-parto

Lezioni.

ALFIERI E. — L'intossicazione gravidica nella sua genesi e nelle sue forme cliniche

Conversazioni.

GAIFAMI P. — Adagio con la isterectomia precesarea. — ID. In tema di responsabilità mediche nella putrefazione del liquido amniotico, nella infezione puerperale, nelle lacerazioni perineali. — ID. Sui limiti del taglio cesareo demolitore; sulla sterilizzazione della donna; sulla conservazione delle ovaie dopo isterectomia.

N. B. Per difetto di spazio non si possono riportare molte altre importanti rubriche della Rivista.

Per le condizioni di abbonamento pel 1928 vedere a pagina XLVIII.

Abbonamenti cumulativi per il 1928 con « Il Policlinico »

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

Ecco quanto contengono i 12 fascicoli pubblicati nel 1927:

Osservazioni di clinica.

ANGELELLI O. — Considerazioni sulla patogenesi di alcune forme di parotiti acute secondarie con speciale riguardo a quelle postoperatorie.

BRUNETTI F. — Linfogranulomatosi del cavo naso-faringeo.

ID. — Di una probabile labilità costituzionale della pituitaria e della sua importanza nei riguardi di alcuni stati patologici dei polmoni.

COVILI-FAGGIOLI G. — Contributo allo studio dei tumori benigni delle tonsille palatine.

LUGLI G. — Le lesioni della laringe nella tabe dorsale.

MERELLI G. — Due casi di corpi estranei delle vie respiratorie.

ID. — Sul valore dell'indagine radiografica dell'apofisi mastoidea normale e patologica.

PODESTÀ E. — Alterazioni dell'organo dell'udito in un caso di noma.

ID. — Tromboflebite del seno cavernoso e del seno coronario in paziente con infezione tonsillare ed ascesso retrofaringeo.

TRAINA S. — Tromboflebite del seno laterale in una bambina di un anno, con ascesso perisinusale esteriorizzato in corrispondenza della fontanella asterica. Intervento, legatura della giugulare, guarigione.

Ricerche di Anatomia, di Fisiologia, di Patologia Comparata.

CAMPATELLI A. — Il reperto di plasmacellule nella costituzione dei polipi nasali ed auricolari non ha alcun significato di specificità.

CARNEVALE RICCI F. — Laringite luetica e cardite cancerigna iniziale.

CIPOLLONE L. T. — Vie di comunicazione nel labirinto membranoso. Importanza dei gangli nervosi dell'orecchio interno e di quelli dell'orecchio medio e dei muscoli tubarici.

REPETTI U. — Sulla presenza dell'olfatto nei cetacei.

VITALI G. — Qualche osservazione ed alcune affermazioni di natura bibliografica fatte dal prof. Federici nei suoi lavori sull'innervazione dell'organo paratimpanico e sulla probabile funzione della lagena negli uccelli.

ZANETTI G. — Contributo allo studio della tonsilla palatina umana ipertrofica. — Nota I: I vasi intraepiteliali.

Ricerche di Laboratorio.

BRONZINI A. — I seni nasali in rapporto all'umidità dell'aria d'inspirazione.

CAMPO F. — Sul comportamento delle tonsille palatine in seguito all'asportazione delle capsule surrenali.

CARRARI G. G. — Sulle presunte variazioni pletismografiche della mucosa nasale.

DONADEI G. — La resistenza globulare nell'ozena.

MUZIO O. — L'enzimoreazione negli adenoidei.

ROMANO S. — Osservazioni sulla tuba eustachiana, con speciale riguardo alla tasca gutturale degli equini.

ID. — Sulla glandola intersettale di alcuni mammiferi.

TORRIGIANI C. A. — Un altro esempio di capillari intraepiteliali.

TRAINA S. — Sul valore delle variazioni termiche dei canali semicircolari durante la prova colerica.

ZANNI G. — La sindrome di Claude-Bernard-Horner nei conigli labirintectomizzati.

Note di tecnica clinica.

PIERI G. — Tecnica semplice per l'estrazione di monete dall'esofago.

TONI G. — L'iniezione intracardiaca di adrenalina nei casi di morte da asfissia per stenosi acuta della laringe.

TORRINI U. L. — Risponde il tamponamento pneumatico delle fosse nasali?

Fatti e documenti.

DI VESTEA D. — Sopra alcuni casi di sifilide ignorata del naso non distruttiva.

ID. — Colesteatoma dell'orecchio e otite media purulenta acuta.

FERRERI GOIRGIO. — Osteomielite purulenta acuta del temporale da proiettile rimasto infisso nella rocca per 18 anni.

GIUSSANI M. — Sindrome dell'abducente (Gradenigo).

KELEMEN G. — Ascesso freddo perilaringeo.

LASAGNA F. — Di alcune rare forme infiammatorie cartilaginee laringee.

LORETI M. — Di un voluminoso angioma cavernoso con tumore a struttura tiroidea nella regione laterale del collo.

MALAN A. — Scheggia di granata rimasta sei anni nel blocco pterigomascellare.

MERELLI G. — Un caso di morte improvvisa in seguito a tracheotomia.

MOTTA R. — Tubercolosi bilaterale del solco retroauricolare.

Esperimenti e saggi.

GUSSIO S. — Trapianti condro-cutanei sperimentali per la restaurazione del padiglione dell'orecchio.

MOTTA R. — Le alterazioni del muscolo del martello in seguito alla simpatectomia cervicale.

PIETRANTONI L. — Contributo allo studio dei riflessi labirintici.

ZANNI G. — Su alcuni fenomeni vasomotori indotti dal labirinto auricolare.

Discussioni.

BILANCIONI G. — La polemica sulla malattia laringea del Nobile Federico.

MONTI A. — Le ricerche istopatologiche e micologiche del dott. Carnevale-Ricci e le critiche del professor Pollacci.

PELOSO G. — Il tisiologo e l'otorinolaringologia.

Terapia.

CARRARI G. G. — Sulla radiumterapia dell'ozena.

CASTELLANI L. — La cura stomosinica della tubercolosi laringea.

Fonetica biologica.

CASELLA B. — La temperatura dell'aria espirata nel canto.

MERLO C. — Su alcuni caratteri della lingua etrusca.

Capitoli.

BAINBRIDGE W. S. — Trattamento dei tumori maligni della faccia e del cranio col metodo di Dawbarn.

POZZILLI P. — Le emorragie nelle nefriti.

Fisiologia e Patologia dell'aviatore.

BILANCIONI G. — Comportamento del labirinto nell'ipertrofia della ghiandola tiroide.

Affinità e Analogie.

PALAZZI S. — Di alcuni fenomeni morbosi d'indole odontologica che interessano l'otoiatra.

Pratica Ospedaliera.

UTILI V. — Un caso di tumore dell'ipofisi trattato con la radioterapia.

Rariora Artis.

CITELLI S. — Su un caso di cordoma maligno della volta faringea.

Medicina Sociale.

COVILI-FAGGIOLI G. — Studio statistico sul difetto di udito nei bambini ricoverati nel Sanatorio Comasco « A. De Orchi » di Rimini.

Corrispondenze.

SANSEVERO-ROSSELLI G. — La « Clinica Internazionale di Otorinolaringologia e chirurgia plastica della faccia » di Parigi.

La Nota storica.

(Per difetto di spazio non se ne può riportare l'elenco).

Per le condizioni di abbonamento pel 1928 vedere a pagina XLVIII.

Per l'anno 1928.

Riviste speciali di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico,, in abbonamento cumulativo pel 1928.

Gli associati al «Policlinico», a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 30 per l'Italia o **L. 45** per l'Estero

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1928 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5,00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 30 — Estero L. 45

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1928 a "Cuore e Circolazione,, si concedono le intere annate 1920 - 1921 - 1922 - 1923, del periodico "Le malattie del cuore,, nonchè 1924, 1925 (questa senza il Fascicolo 5 esaurito), 1926 e 1927 di "Cuore e Circolazione,, per sole L.* **150** *se in Italia, e per sole L.* **200** *se all'Estero, in porto franco.*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di oltre 48-60 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia: *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5.00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 30 — Estero L. 45

N.B. — *I nuovi abbonati del 1928 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) più le intere annate 1926 e 1927 per sole L.* **75** *se in Italia e per sole L.* **110** *se all'Estero, in porto franco.*

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Questa rivista, che entra nel quarto anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36 — Estero L. 55 — Un numero separato L. 5.00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 30 — Estero L. 45

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1928 a "Il Valsalva,, si concedono le intere annate (1925, 1926 e 1927) del periodico stesso, per sole L.* **75** *se in Italia e per sole L.* **110** *se all'Estero, in porto franco.*

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE *e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al* **prezzo di favore** *di sole:*

L. 87 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'Editore LUIGI POZZI — *Via Sistina, 14 -* ROMA.

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XXXIV — Roma 3 Gennaio 1927 — Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per l'anno 1927.

Ai Medici italiani,

Le condizioni economiche della stampa medica, per il costo della carta, per le spese tipografiche ed inoltre per l'ingrossare delle spese postali, sono sempre più aspre dalla guerra in poi.

Il regime nazionale ha portato assestamento ed equilibrio in molti campi della difficile vita moderna. Per la stampa medica le incertezze non sono finite e le spese crescono anno per anno.

Mentre in molte altre nazioni i periodici si ingrandiscono, si arricchiscono di illustrazioni, e si presentano in veste sempre migliore, le strettezze economiche impediscono a noi quello sviluppo che non solo il confronto con i periodici esteri imporrebbe, ma che il progresso degli studi delle nostre università e nei nostri ospedali esigerebbe.

Soltanto una vecchia organizzazione redazionale e una robusta organizzazione amministrativa che da XXXIII anni lavorano in comunanza di intenti possono consentirci di mantenere integro il nostro **Policlinico,** *reso gradito e quasi indispensabile ai medici per una lunga ed intima consuetudine di rapporti e di idee.*

Se nessuna delle tre **Sezioni,** *la* **medica** *e la* **chirurgica** *destinate ognuna alle memorie più importanti delle rispettive branche, la* **pratica** *apportatrice ai medico-chirurgi di quanto abbisognano per la loro coltura e per la protezione dei loro interessi, potrà essere ampliata, di tutte e tre cureremo più rigorosamente la rispondenza agli scopi loro.*

Nelle sezioni mensili, la scelta dei lavori sarà sempre più circoscritta nella cerchia della clinica. Più la clinica ha allargato il campo delle sue applicazioni, più ha approfondito l'esame dell'infermo, più deve straniarsi dalle ricerche strettamente sperimentali e dagli argomenti collaterali.

Nella sezione Pratica, colla varietà delle sue rubriche ordinatamente disposte e armonicamente svolte, ogni medico, a qualunque ramo dedicato, trova con facilità e con sicurezza, in ogni numero, quanto gli interessa e gli giova. Essa conserverà la disposizione che invano é stata imitata, ma si corroborerà con un maggior numero di riviste sintetiche e con corrispondenze sue particolari dai vari centri di studi medici in Italia e all'Estero. Curerà di aggiornare sempre più la conoscenza di quanto di meglio si produce nel mondo.

Noi dobbiamo unirci all'appello finanziario che l'amministrazione è costretta a fare quest'anno ai fedeli abbonati, perchè il **Policlinico,** *il giornale del loro cuore, conservi l'ampiezza che è indispensabile e perché non si mescoli il testo con le inserzioni a pagamento.*

Mercé l'aumento del prezzo, che ci auguriamo sia transitorio, il **Policlinico** *manterrà intatta nella forma e nel contenuto la compagine che lo ha reso utile ed apprezzato, salvaguardando la dignità e l'altezza scientifica con cui ha onorato il buon nome italiano.*

LA REDAZIONE.

Il « POLICLINICO » è venuto sviluppandosi con rapidità e regolarità impressionanti. Possiamo affermarlo con legittima fierezza, non meno che con assoluta verità: il « POLICLINICO » tiene il posto d'onore fra i periodici italiani di medicina.

Se il suo sviluppo è stato così vigoroso, gli è che il « POLICLINICO » ha rispecchiato con fedeltà, rapidità e compiutezza i magnifici progressi raggiunti dalla medicina contemporanea e si è dimostrato un consigliere sicuro del medico in tutte le contingenze della vita professionale.

Senonchè gli aumenti considerevoli, quanto ingiustificati, prodottisi nel mercato della carta e quelli avutisi nei prezzi per la stampa, hanno messo a dura prova, durante il 1926, la solidità del nostro bilancio. A questi principali fattori di disagio se ne sono aggiunti non pochi altri di varia importanza, che nell'insieme hanno portato un insopportabile aggravio.

Di fronte a queste condizioni, che lasciano la strada aperta a molti altri imprevisti, noi avremmo dovuto garantirci con un aumento considerevole sul prezzo del 1926, se non del 50 %, come è stato praticato nel Belgio ed in altre Nazioni, per lo meno in misura adeguata. Ma poichè abbiamo fiducia che l'iniziata battaglia per la rivalutazione della nostra Lira si intensifichi e renda definitivamente stabile la nostra valuta e meno aleatori i prezzi del mercato, ci siamo limitati a chiedere SOLTANTO IL MINIMO INDISPENSABILE PER RESISTERE *e per mantenere al* « POLICLINICO » *tutta la sua efficienza e consentirgli di svolgersi in armonia coi tempi nuovi.*

I nostri lettori comprenderanno le contingenze che ci costringono a questa misura, e rimarranno fedeli al « POLICLINICO », *il quale vive del riflesso della loro vita. Confidiamo anzi che essi ci saranno grati del sacrificio che ci imponiamo, attenendoci ad un limite assai inferiore a quello che sarebbe stato legittimato dalle circostanze.*

L'EDITORE.

Per gli abbonamenti alle altre Riviste speciali cumulativi con il « Policlinico » vedere alle pagine 41 42 e 43.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO" PER IL 1927.

	ITALIA	ESTERO
Singoli:		
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 70	Lire 110
(1a) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 40	Lire 55
(1b) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 40	Lire 55
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 100	Lire 155
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 100	Lire 155
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 120	Lire 185

Premio Semi-Gratuito agli abbonati al "Policlinico" per il 1927

MASSIMILIANO CARDINI - Docente di Storia della Medicina nella R. Università di Roma.

Una gloria italiana: MARCELLO MALPIGHI

(La vita e l'opera sua)

Il volume che il *Policlinico* appronta quest'anno per i suoi abbonati sarà accolto volentieri da chiunque ama le glorie nostre, che sono sopra tutto glorie nel campo del pensiero, nelle quali l'Italia fu sempre superiore a qualsiasi altro popolo: glorie che ci riscaldano e ci dànno vigore sopra tutto nel presente momento, in cui gli animi sono protesi verso il radioso miraggio di una nazione che in sè rinnuovi le antiche grandezze.

Marcello Malpighi è uno dei più grandi che siano mai sorti a illustrare il grandioso campo delle scienze; e — toltone il Galilei, la cui gloria è quasi senza confronti, ma che peraltro eccelle nelle fisiche discipline — è anche il più grande degli anatomisti del secolo XVII; secolo quanto mai bistrattato e frainteso, ma che ha pur meriti indubbî, ed è degno di simpatia più che non abbian creduto certi odiatori di quelle forme estrinseche, che non vedono, in quella stranissima età, certo intimo travaglio spirituale, il quale meriterebbe di essere profondamente studiato.

Marcello Malpighi — di Crevalcuore, cioè bolognese — nacque il 1628. Ed è perciò imminente la celebrazione, — che sarà fatta in Bologna e, speriamo, anche in Roma — del terzo centenario della nascita sua. Anatomico, naturalista, biologo, medico, mente aperta a tutte le manifestazioni del pensiero, ebbe meriti, che in poche righe non potrebbero essere neppure riassunti. Basti citare quello dell'avere disvelato i capillari sanguigni (con che la scoperta del circolo sanguigno fatta dal Cesalpino nostro, viene ad essere resa completa da un altro grande figlio di questa nostra benedetta terra italiana); e quella della scoperta della cellula, che pur non apprezzata da lui nel suo vero significato, fu poi la base dell'anatomia sottile e di tutti i più grandi progressi della biologia e della medicina, intesa come scienza e come arte salutare.

Il Cardini ha diviso il suo lavoro in quattro capitoli, che son poi le quattro lezioni già da lui dette nella R. Università di Roma. E in essi l'autore, dopo aver tratteggiato la vita del crevalcorese — così piena di interesse anche pei tempi in cui essa si svolse —, esamina, del Nostro, la molteplice figura di anatomista, di naturalista, di medico. L'opera si chiude con uno studio su la mente e la filosofia di Marcello Malpighi.

Lo scritto può dirsi quindi — pur nella sua mole non soverchia — un lavoro completo; a differenza di tante monografie, in cui si tralascia la biografia come cosa non attenente alla scienza, o l'opera dell'autore è esposta crudamente o sterilmente, come un elenco od una superficiale disamina degli studî e dei lavori compiuti dall'autore preso in esame.

Per queste ragioni il *Policlinico* crede che la monografia di Marcello Malpighi debba figurare nella biblioteca di ogni colto medico o naturalista.

Un volume in 8°, di pagg. VIII-123, stampato su ottima carta uso mano, in nitidissimi tipi bodoniani con annesso il ritratto del grande biologo italiano.

Verrà posto in commercio al prezzo di L. **20**, più le spese postali di spedizione, ma ai nostri abbonati é ceduto FRANCO DI PORTO.

per sole L. **5** (in Italia)
per sole L. **10** (all'Estero)

a tutti coloro che invieranno l' INTERO importo del proprio abbonamento pel 1927 con l'aggiunta delle predette L 5 o L. 10, NON OLTRE IL 31 GENNAIO 1927.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina, 14, aggiungendo: per l'Ufficio postale Succ. diciotto, ROMA. Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma

SOMMARIO.

Ai nostri fedeli abbonati raccomandiamo di:

Affrettare quanto più possibile l'invio dell'importo di rinnovazione dell'abbonamento pel 1927 e, al polizzino del vaglia postale, dell'Assegno, Chèque, o Vaglia Bancario (questi ultimi riscuotibili in Roma), applicare possibilmente la fascetta con la quale si sono finora ricevuti i fascicoli o, quanto meno, indicare con esattezza il rispettivo numero di abbonamento. Con ciò verranno facilitati due compiti: all'Ufficio d'Amministrazione, quello dell'esatto accreditamento del pagamento nella rispettiva partita; all'Ufficio di Spedizione, l'altro di mantenere ininterrotto e regolare l'invio dei fascicoli pel nuovo anno 1927.

Ricordiamo che il vaglia postale dovrà essere indirizzato nominativamente all'editore LUIGI POZZI, via Sistina, 14, "aggiungendo,, per l'ufficio Postale Succursale diciotto, ROMA e che (nel posto riservato al bollo dell'ufficio Postale pagatore) deve essere munito della prescritta marca da bollo da 5 centesimi fino a L. 100 e da centesimi 10 se il vaglia supera le L. 100. Chi si trova sprovvisto della marca accresca dei detti centesimi l'importo del vaglia stesso. Coloro che faranno uso di Chèque, Vaglia o Assegno Bancario provvedano che questi siano riscuotibili in Roma.

L'EDITORE

Del Vaglia Postale inviato in saldo dell'abbonamento deve conservarsi la relativa ricevuta.

N. B. — Coloro che desiderano dall'Amministrazione quietanza scritta, sono pregati di aggiungere all'importo le occorrenti tasse di cent. 70 se per cartolina e di cent. 90 se in lettera.

LEZIONI CLINICHE.

Di un ascesso perivescicale apparentemente primitivo.

Lezione del prof. D. TADDEI, direttore della Clinica Chirurgica Generale della R. Università di Pisa, raccolta dal dott. ONOFRIO ANGELELLI, assistente.

Ho creduto opportuno di illustrarvi questo caso, non solo perchè esso rappresenta un non facile problema diagnostico, ma anche perchè offre un interessante problema dal punto di vista patogenetico.

Riferisco la storia clinica:

S. Giulia, di a. 27, donna di casa, nata a Ponte a Elsa, domiciliata ivi, maritata.

È entrata il 24 novembre 1926 nel nostro Istituto clinico.

Circa tre anni fa la paziente racconta di essere stata saltuariamente colpita da dolori, insorgenti a volte all'ipocondrio destro e irradiantisi alla fossa iliaca corrispondente, a volte insorgenti nella fossa iliaca ed irradiantisi verso l'ipocondrio. Questi dolori, indipendenti dall'ingestione dei pasti e dalla natura di essi, duravano generalmente poche ore e poi scomparivano. Qualche volta la paziente fu costretta a ricorrere a punture di morfina. Non febbre. Spesso vomito dopo l'insorgenza dei dolori. Buon appetito. Non bruciori di stomaco. Non ematemesi. Non melena. Non disturbi alla minzione.

Dopo circa 1 anno dall'insorgenza di questa sindrome dolorosa, che generalmente si ripeteva 2-3 volte al mese, la paziente rimase incinta. Durante la gravidanza e per tre mesi dopo il parto i dolori non comparvero; dopo questo periodo però si ripresentarono con gli stessi caratteri di prima e si fecero anzi più frequenti, (in media 7-8 volte al mese); i dolori, se insorti nelle sud dette regioni si irradiavano talora anche a cintura sulla parte alta dell'addome e laterale sinistra fino alla fossa iliaca corrispondente. Alvo abitualmente stittico, raramente diarroico. La paziente ha spesso notato presenza di catarri color giallo chiari, qualche volta striati di sangue, nelle feci.

Circa due mesi fa insorsero i soliti dolori accompagnati questa volta da febbre intorno a 38° e da vomito. Un sanitario consultato, fece diagnosi di « principio di appendicite » e prescrisse applicazioni di ghiaccio. Questi disturbi si manten-

nero per tre giorni, dopo scomparvero completamente sì da permettere alla paziente di abbandonare il letto e riprendere le sue ordinarie occupazioni.

Circa 20 giorni fa fu presa da un indolenzimento diffuso a tutto l'addome; rimosse la panciera, che le era stata ordinata da un sanitario per « rene destro mobile » e palpandosi l'addome percepì in corrispondenza della regione ipogastrica una tumefazione, che era dolente alla pressione. Detta tumefazione era a giorni più dolente, specie durante la deambulazione. Inoltre, da quando si è accorta della presenza della tumefazione la malata ha cominciato ad avvertire dolore uretrale di breve durata, ma trafittivo sul finire della minzione. Non sa se in questi ultimi tempi sia stata febbricitante.

Nulla di importante si può raccogliere nell'anamnesi familiare e personale remota. Ha avuto due gravidanze a termine con parto normale: i figliuoli godono buona salute. Mestruò a 12 anni. Mestruazioni sempre regolari per quantità e intercorrenza. Non perdite bianche. Sposò a 23 anni un uomo sano. L'ultima mestruazione ebbe luogo pochi giorni fa.

L'esame dell'urine asetticamente estratte dalla vescica è negativo per albumina e glucosio. Nel sedimento si è riscontrato qualche raro globulo bianco e molte cellule di sfaldamento.

Negativa la reazione di Wassermann. Non c'è eosinofilia. Esiste notevole leucocitosi: 16.000 globuli bianchi.

Esame obbiettivo locale: all'ispezione si nota subito al di sopra del pube e un po' a destra della linea mediana una tumefazione con cute soprastante sana, immobile con i movimenti respiratori, a limiti indecisi, senza niente altro di particolare.

Alla palpazione, anzitutto si apprezza nettamente, sollevando una plica cutanea, che esiste edema; la cute è mobile sui piani sottostanti. Non si ha aumento di temperatura locale. La tumefazione ha sede laterale, è situata cioè a destra della linea mediana: il volume è press'a poco quello di un arancio, la forma rotondeggiante, la superficie liscia, la consistenza piuttosto dura con limite superiore e laterale destro ben netti, un po' indeciso il limite laterale sinistro specie inferiormente; il limite inferiore non si palpa perchè si perde dietro il pube. Facendo contrarre i muscoli addominali, i limiti non si apprezzano più, perchè si sentono davanti contratti i muscoli retti. Cercando di muovere la tumefazione si ottengono, a muscoli rilasciati, lievi movimenti di lateralità: nessun movimento in senso longitudinale. A muscoli contratti non si ottiene alcun movimento. La tumefazione è dolente. Non si apprezzano punti dolenti sullo scheletro e sulle regioni addominali prossimiori.

Alla percussione superficiale si riscontra ottusità in corrispondenza della tumefazione; colla percussione profonda si ha invece risonanza. Niente si rileva con l'ascoltazione.

Se pratichiamo la palpazione bimanuale, vagino-addominale, meglio si apprezzano i caratteri della intumescenza. Si sente che essa sporge dietro al pube fin verso il fornice vaginale anteriore che è libero; la consistenza anzichè dura, è dal lato inferiore teso-elastica e in qualche punto direi quasi fluttuante; la forma è quasi rotondeggiante, i limiti si apprezzano meglio.

Nessun rapporto esiste colla parete vaginale, coll'utero, cogli annessi, col parametrio.

L'esame generale della paziente non rivela niente di importante all'infuori di un certo stato di deperimento.

Niente agli apparecchi nervoso, circolatorio, respiratorio e digerente. Nessun punto dolente addominale; fegato e milza nei limiti normali. Rene destro appena palpabile al suo polo inferiore.

*
* *

Raccolti questi dati anamnestici e obbiettivi, tenendo conto della regione, nella quale la tumefazione è situata, tenendo conto dell'impossibilità di apprezzare i limiti con muscoli contratti, e dei dolori uretrali accusati dalla paziente sul finire della minzione, benchè l'esame delle urine asetticamente estratte fosse stato negativo, ho creduto opportuno di praticare una cistoscopia. Ho potuto così constatare: La capacità vescicale è normale: In corrispondenza della porzione laterale destra e superiore della vescica si osserva come una massa sporgente a superficie liscia e rivestita da mucosa iperemica, che si vede abbassare, quando si comprime la tumefazione al disopra del ventre o si fanno contrarre i muscoli retti: Il resto della mucosa vescicale è normale: Normali gli sbocchi uretrali. Evidentemente si tratta di una intumescenza estravescicale, che ha immediato rapporto colla parete vescicale antero-supero-laterale destra.

L'esame radioscopico del tubo, digerente ha dimostrato il colon mobile, leggermente dolente alla pressione; il ceco libero anch'esso, da eventuali aderenze. Nessun rapporto esso presenta colla intumescenza sopra e retropubica.

Ho fatto praticare ripetute radiografie del pube: tutte negative in modo assoluto.

*
* *

Di fronte ad un caso che presenti i dati, quali noi abbiamo raccolto nella nostra paziente, la prima questione diagnostica da risolvere è se trattasi di un tumore nel vero senso della parola o di un processo infiammatorio.

Anzitutto debbo dir loro che io ho visitato questa donna circa 7 giorni prima del suo ingresso in clinica e riosservandola adesso, ho avuto l'impressione, come se la tumefazione sia lievemente diminuita di volume. Questa donna ha presentato poi nei pochi giorni di degenza nella Clinica, qualche rialzo termico; La febbre da sola è un sintoma di poco valore, perchè, come sapete, può accompagnare anche i tumori maligni: ma nel nostro caso, insieme al dolore in corrispondenza della intumescenza, si ha leucocitosi. Questi dati insieme alla presenza del lieve edema cutaneo ci permettono di escludere senz'altro che qui si tratti di un tumore. Ma, a conferma irre-

fragabile della natura dell'intumescenza basta dire che una puntura esplorativa da me ieri praticata, sebbene durante la penetrazione dell'ago nei tessuti abbia avuto la sensazione di attraversare una massa piuttosto dura, all'aspirazione ho ottenuto pus misto a sangue. L'esame batterioscopico del liquido estratto ha dimostrato la presenza di bacilli gram-negativi. Il pus è costituito di polinucleati molto degenerati e di detrito amorfo.

Il fenomeno della plica cutanea è nella pratica clinica di notevole importanza, perchè spia di lesioni infiammatorie profonde, a volte come in questo caso non altrimenti facilmente precisabili. Sollevando una plica di cute nel nostro caso abbiamo apprezzato nettamente che esiste un lieve stato edematoso.

Stabilito dunque in modo certo che il processo morboso che la nostra paziente presenta, è un processo infiammatorio, guardiamo di stabilirne più particolarmente la natura. Dirò senz'altro che è da escludersi la natura tubercolare e per la negatività del reperto radiografico e per l'esito dell'esame del pus estratto con la puntura, per la leucocitosi e per la anamnesi e per la mancanza clinicamente e radiograficamente di apprezzabili lesioni specifiche; anche la radiografia del torace è negativa.

Così pure sembra da escludersi una ciste da echinococco suppurata.

La diagnosi di natura non credo però che possa essere più avanti condotta, se prima non abbiamo stabilita la sede ed i rapporti della intumescenza. Innanzi tutto si pone il problema se essa sia intracavitaria addominale o estracavitaria.

Dalla storia avete sentito come la paziente abbia presentato da molto tempo una sintomatologia addominale dolorosa vaga. La tumefazione che l'ammalata presenta ha dei rapporti con codesta sindrome addominale? E quali?

I genitali interni credo si possano senz'altro escludere, perchè l'esame obbiettivo e funzionale è negativo. Attribuire ad una colecistite, come un sanitario ha pensato, la sindrome addominale mi pare poco verosimile, non tanto perchè l'esame radiografico della cistifellea è stato negativo, quanto perchè non c'è alcuna zona dolente in corrispondenza dell'ipocondrio destro e del punto colecistico, nè la paziente è stata mai itterica, mai ha avuto feci acoliche, ecc.

Si sarà trattato di fatti appendicolari? Per quanto l'appendicite abbia una sintomatologia multiforme, generalmente non si presenta con i caratteri, che la nostra paziente ha accusato. L'esame obbiettivo attuale è negativo per tale diagnosi. Non mi sembra fuor di luogo accennare alla diagnosi che fu formulata in questo caso e che è frequentemente fatta dai medici: di « principio di appendicite ». Questa terminologia indica ignoranza dell'anatomia patologica dell'appendicite o incertezza diagnostica. Quando l'appendicite è principiata esiste e la diagnosi deve essere: appendicite senz'altro; o appendicite non esiste, ed allora non c'è da esprimersi con una circonlocuzione che non ha senso.

Vi ho varie volte fatto notare come varia possa essere la sede di un ascesso appendicolare. Noi possiamo trovare delle appendici a sede molto alta al davanti del rene come delle appendici a sede bassa in tutta vicinanza del legamento largo, nel cavo del Douglas, nei sacchi erniari, ecc. E sono stati descritti, ed io personalmente ho osservato ed operato, appendiciti sottoepatiche, epigastriche, iliache sinistre, retropubiche, paravescicali: ho anche operato qualche caso di fistola appendico-vescicale. Sono stati descritti perfino dei casi di esistenza di seni fistolosi alla regione lombare destra p. es., per i quali era stata fatta diagnosi di tubercolosi iliaca e di spondilite specifica e che poi furon dimostrati dipendenti da periappendicite. Ma se il decorso, la sede della tumefazione, la leucocitosi possono inquadrarsi in una sindrome appendicolare per quanto anomala, un altro dato che io ho riferito è di notevole importanza per farci escludere tale evenienza.

Alludo al reperto radioscopico del tubo digerente, che non ci ha dimostrato alcuna aderenza viscerale in rapporto con la tumefazione, e specialmente del ceco e del colon particolarmente mobili.

Dalla storia avete sentito invece come la paziente abbia avuto emissione di catarro con le feci, e come qualche volta i dolori si diffondessero nelle parti alte e laterali dell'addome, si iniziavano o si diffondevano talvolta nella fossa iliaca sinistra, ecc.; noi possiamo mettere in rapporto questi fatti con l'esistenza di un processo colitico, un processo cronico che può permettere la evoluzione dell'infiammazione senza fatti aderenziali gravi apprezzabili radioscopicamente con intercorrenti fenomeni acuti. In altre lezioni ho insistito sulla frequenza dell'errore diagnostico tra appendicite e colite e non è il caso che io qui insista sopra questo punto.

Pure da escludere senz'altro è l'esistenza di una forma peritoneale specifica e per la mancanza dei sopradetti fatti aderenziali, per la mancanza di concomitanti lesioni toraciche della stessa natura e perchè niente in questo senso esiste nell'anamnesi. D'altronde, anche esistendo tale processo, non potremmo mettere con esso in rapporto la tumefazione per i dati della puntura esplorativa.

Escluso che il processo morboso in esame abbia rapporti con organi cavitari addominali e riconosciuto invece che essa ha evidenti rapporti colla parete addominale anteriore ipogastrica, vediamo se è possibile stabilire a quale dei vari strati costitutivi della regione la tumefazione appartiene.

Cute e sottocutaneo credo si possano escludere senz'altro; avete sentito come la tumefazione si fissi con la contrazione dietro ai muscoli retti e come i limiti, che a muscoli rilasciati si possono bene apprezzare, dopo contratti i muscoli, non si apprezzano più; evidentemente la tumefazione è retromuscolare. Voi sapete come nell'ipogastrio esistano tre spazi retromuscolari: 1° uno spazio immediatamente retromuscolare limitato in avanti dai retti, che si inseriscono al labbro anteriore del pube e indietro dalla fascia trasversalis, che si porta alla faccia posteriore di queste ossa (spazio soprapubico); 2° lo spazio prevescicale, detto anche spazio di Retzius, tra la faccia posteriore della fascia trasversalis e la faccia anteriore dell'aponevrosi ombellico-vescicale e che come sapete è chiuso lateralmente dai fasci connettivali, che uniscono la fascia ombellico-prevescicale alla fascia trasversalis in corrispondenza dei cordoni delle arterie ombelicali obliterate; e terzo lo spazio preperitoneale tra l'aponevrosi ombelico-prevescicale ed il peritoneo.

Non credo che la nostra tumefazione appartenga allo spazio retromuscolare, sopra-pubico, perchè i processi infiammatori, che si possono incontrare in questo tratto generalmente sono diffusione di processi, che interessano il pube o i muscoli retti. Nella nostra paziente le radiografie sono negative, mancano punti dolorosi pubici, le osteomieliti, osteoperiostiti del pube comuni o specifiche sono del resto abbastanza rare. I processi dello spazio sovrapubico danno tumefazioni fisse e non lievemente spostabili lateralmente, quando i retti sono rilasciati. Anche i muscoli retti sono esclusi dal processo, perchè mai la paziente ha avuto disturbi da potersi mettere in rapporto con alterazioni di questi, che del resto all'esame clinico sono normali: solo è evidente che si deve ammettere la tumefazione aderisca alla loro faccia posteriore.

Lo spazio del Retzius invece è non raramente sede di processi infiammatori sia di origine vescicale sia di origine extravescicale. Essi possono essere primitivi o secondari a lesioni di organi vicini e quindi del connettivo che li circonda e che si continua col connettivo del cavo di Retzius.

Una lesione della vescica nel nostro caso manca: manca una lesione del connettivo del piccolo bacino (parametrio; connettivo perirettale). Solo la cistoscopia ha dimostrato un rapporto di vicinanza anzi forse di aderenza colla parete anterolaterale destra della vescica.

Quindi una pericistite secondaria non è ammissibile. Si tratterebbe dunque di una pericistite primitiva.

Prima di addentrarmi sulla giusta diagnosi lasciate che vi esprima le ragioni per le quali è da escludersi anche un processo infiammatorio del connettivo preperitoneale. Tali ragioni sono offerte facilmente dai dati clinici, dalla assenza di lesioni degli organi addominali. L'unico organo, dal quale un processo flogistico potrebbe diffondersi al connettivo preperitoneale sarebbe l'uraco: ma se ancora fosse pervio l'uraco, avremmo concomitanti lesioni vescicali, che le indagini condotte in questo senso ci hanno permesso di escludere; se impervio, io non conosco casi di flogosi primitiva: ad ogni modo la tumefazione sarebbe mediana e non laterale destra.

Concludendo dunque la tumefazione deve interessare il tessuto cellulare dello spazio di Retzius, ci troviamo cioè di fronte ad una pericistite; così si indicano i processi infiammatori che evolvono in questo connettivo.

Ho accennato come le pericistiti possano riconoscere una causa vescicale o extravescicale. Le prime possono essere o di origine traumatica accidentale (ferite, rotture della vescica) o chirurgica (in seguito ad interventi endo- od extra-vescicali: litotrisie, stomie vescicali, prostatectomie, ablazioni di calcoli, di neoplasmi, ecc.); oppure di origine infiammatoria come complicanza di processi cistitici acuti o cronici (tubercolosi, calcolosi, ipertrofia prostatica, diverticoli, restringimenti uretrali, ecc.), o neoplastici.

Mi pare che, dato il reperto cistoscopico e la negatività dell'esame delle urine nel nostro caso tutte le forme pericistitiche di origine vescicale si possano escludere.

A maggior ragione è da escludere un processo uretrale e periuretrale.

I lievi dolori, che al finire della minzione la paziente ha accusato in questi ultimi tempi, sono facilmente spiegabili colla vicinanza anzi coll'aderenza della massa infiammatoria alla parete esterna della vescica.

Le pericistiti di origine extravescicale possono essere in rapporto a processi infiammatori degli organi viciniori come ho già accennato per continuità propagatisi allo spazio di Retzius; ma possono riconoscere un'origine metastatica linfogena o ematogena. Della prima forma possono osservarsi in seguito a processi infiammatori del retto, dei genitali interni (prostata, vescicole nell'uomo, legamento largo, parametrio, annessi, utero, vagina nella donna). Anche processi lon-

tani possono diffondersi al connettivo perivescicale (ascessi perirenali, ascessi periappendicolari, perisigmoidei, osteomieliti delle vertebre, del bacino, ecc.).

Nel nostro caso mi pare che tutte queste forme possano essere escluse perchè mancano sia i dati anamnestici sia i dati obbiettivi.

Rimane da considerare dunque la seconda forma cioè la pericistite di origine metastatica linfogena o ematogena. Sono stati messi in evidenza da Gerota, Bazy e da altri dei gangli linfatici iuxta e prevescicali, che ricevono i linfatici vescicali e sono in comunicazione con quelli del pene nell'uomo, con quelli degli organi genitali nella donna. Nel nostro caso questi organi non sono lesi.

Esclusa anche la via linfogena, non ci rimane che pensare ad una localizzazione di germi giunti per via ematogena. Voi sapete come non sia infrequente osservare p. es. perinefriti di origine ematogena e pochi giorni fa vi ho illustrato un caso di questo genere nel connettivo perirenale senza che sia stato possibile mettere in evidenza la porta d'ingresso dei germi. Simile evenienza però non meraviglia tenendo conto della funzione emuntoria renale. Il rene permette non di rado il passaggio di germi circolanti comunque entrati: basta che questi germi si arrestino nella corticale del rene e diano luogo ad un processo infiammatorio, perchè questo per continuità o per via linfogena si diffonda al connettivo perirenale. Ma non si può escludere che anche primitivamente dei germi circolanti possano pervenire nel connettivo perirenale ed ivi colonizzarsi primitivamente. Data la logica dei fatti e del ragionamento clinico e le esclusioni stabilite bisogna venire alla conclusione che nel caso speciale si sia trattato di un analogo processo nel connettivo prevescicale e cioè che germi in circolo abbiano appunto trovato in detto connettivo una condizione di minorata resistenza per impiantarsi e determinarvi il processo infiammatorio.

L'esame batterioscopico ha dimostrato nel pus estratto la presenza di batteri del tipo coli. Da dove il punto di partenza? L'intestino è l'organo che più verisimilmente può essere invocato. Non molto tempo prima dell'insorgenza del processo attuale la paziente ha avuto una esacerbazione (febbrile) dei fenomeni colitici. Ecco allora come la sindrome addominale, che io ho interpretato come colite cronica, possa avere stretti rapporti patogenetici con la tumefazione. Le lesioni, probabilmente anche ulcerative (strie di sangue nelle feci), possono aver rappresentato la porta d'ingresso dei germi.

Evidentemente nel nostro caso si tratta non di una forma gangrenosa, nè flemmonosa, nè di una forma cronica a tipo sclero-adiposa, fibro-adiposa, diffusa di pericistite, ma di una forma subacuta e circoscritta dovuta probabilmente a germi attenuati. Si tratta cioè di un ascesso subacuto sopra e prevescicale: tale evenienza anatomo-patologica o clinica è già abbastanza rara: ma essa è poi particolarmente interessante per la sua apparente primitività. Per quanto la sua patogenesi sia oscura, è dunque verisimile che essa sia da ritenersi di origine ematogena per germi d'origine intestinale (colite cronica con acutizzazioni intercorrenti).

Quale la prognosi?

Conviene nel nostro caso aspettare un eventuale riassorbimento dell'ascesso facilitato da applicazioni calde esterne (tanto più che la nostra paziente non presenta temperature alte e, come ho già accennato, sembra esistere un accenno alla diminuzione del volume della tumefazione) oppure praticare senz'altro un intervento?

Se pure non si possa escludere che il processo possa riassorbirsi, io ritengo più conveniente il trattamento operatorio, perchè nel caso che il riassorbimento non si effettuasse, l'apertura dell'ascesso con ogni probabilità non avverrebbe verso l'esterno, dato lo spessore e la resistenza delle pareti muscolo-aponeurotiche antestanti, ma invece verso la cavità vescicale, dove c'è meno resistenza e dove abbiamo già cistoscopicamente apprezzato il contatto, anzi l'aderenza e la sporgenza della massa. Mi pare inutile insistere sulle complicanze nel caso di tale evenienza: cistite, fistola difficile a far guarire, diffusione infettiva al resto dell'apparato urinario, ecc. Se con la puntura esplorativa non avessimo aspirato del pus, forse la cura aspettante sarebbe stata indicata. Ma l'esistenza certa di pus e di germi giustifica, io credo, senz'altro l'intervento per impedire che il processo infettivo si diffonda.

Stabilito che convenga intervenire, quale è il trattamento da consigliare? L'asportazione in blocco della massa non mi pare indicata, date le aderenze col connettivo preperitoneale e con la vescica, quindi il pericolo di diffusione dell'infezione per eventuali anzi probabili lesioni sia del peritoneo sia della parete vescicale. Per quanto si tratti di germi attenuati ritengo tuttavia che non sia prudente esporre la paziente a questi pericoli; del resto i germi anche attenuati talora in seguito all'intervento aumentano sia pure temporaneamente la loro virulenza. Più opportuno credo il praticare il trattamento di un comune ascesso: incisione la più ampia possibile sul margine esterno del muscolo retto destro in modo da vedere, dominare e drenare bene la cavità.

Ed è questo intervento, che mi accingo ad eseguire davanti a voi. L'esame diretto ci dirà se la nostra diagnosi sia giusta. Dati i concetti dia-

gnostici che i reperti ci hanno fatto ammettere e se essi saranno confermati dal reperto anatomico, converrà insistere poi in una conveniente cura del processo colitico cronico, di cui soffre la paziente.

* * *

Il reperto operatorio ha confermato pienamente la diagnosi clinica: « Ascesso circoscritto prevescicale antero-superiore destro apparentemente primitivo ».

L'intervento praticato è durato 5 minuti: in morfioeteronarcosi. « Incisione pararettale destra sovrapubica, che interessa la cute, il sottocutaneo e l'aponeurosi anteriore del muscolo retto di destra. Scostato all'interno il margine esterno del retto, si cade subito sulla parete ascessuale molto spessa, che viene incisa; si dà esito a circa 60-70 gr. di pus fetido color verde-brunastro. La cavità grande come un arancio è immediatamente retromuscolare e retropubica ben limitata. La sua parete inferiore è rappresentata dalla vescica che colla ispezione e la palpazione si apprezza perfettamente. Applicazione di drenaggi in garza. Nessuna lesione esiste al pube e nei muscoli.

Il decorso postoperatorio è stato ottimo: la temperatura, salita la sera a 38°, è caduta immediatamente alla norma il giorno successivo: caduta la leucocitosi, sono rapidamente migliorate le condizioni generali. È scomparso subito ogni dolore nelle minzioni.

I drenaggi sono stati tolti dopo sei giorni. La paziente si avvia rapidamente alla guarigione.

L'esame culturale del pus ha messo in evidenza il bacterium coli.

☛ *Pubblicazione importante:*

Prof. G. PERRANDO
Direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Genova

Manuale di Medicina Legale

SOMMARIO: Prefazione. — Cap. I. Generalità - Cenni deontologici. — Cap. II. Cenni psico-fisiologici. — Cap. III. Del delinquente e del pazzo in generale. — Cap. IV. Cenni sulle principali psicopatie. — Cap. V. Natura del delitto e classificazione dei delinquenti. — Cap. VI. Della responsabilità penale e della capacità civile. — Cap. VII. Questioni sul matrimonio. — Cap. VIII. Sui reati contro il buon costume. — Cap. IX. Questioni sulle gravidanze e sul parto — Cap. X. Del procurato aborto. — Cap. XI. Traumatologia forense generale. — Cap. XII. Lesioni personali e risarcimento di danni. — Cap. XIII. Lesioni e morte per agenti termici ed elettrici e per inanizione. — Cap. XIV. Asfissie meccaniche. — Cap. XV. Dell'infanticidio e della vitalità. — Cap. XVI. Cenni di tossicologia forense. — Cap. XVII. Tanatologia e necroscopia forense. — Cap. XVIII. Macchie e traccie sospette.

Un volume in-16°, di pag. XVI-916, con 273 figure originali intercalate nel testo, rilegato in tela, in commercio L. **46.** Per i nostri abbonati sole L. **43.90** franco di porto e raccomandato.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ancora un caso di Sodòku in Sicilia

per il dott. VINCENZO RUSSO,
primario dell'Ospedale Civile di Cefalù.

Il caso di Sodóku, che mi accingo a pubblicare, sarebbe, per quanto è a mia conoscenza, il 31° osservato in Italia e il 2° in Sicilia, dopo quello descritto dal Cicala (*Coltura med. mod.*, 1922).

Stimo pertanto non inopportuno nè senza interesse renderlo di pubblica ragione.

Grazia D., di anni 25, nubile, da Cefalù; è una signorina un po' oligoemica, un po' nervosa, ma, peraltro, sana e bene sviluppata. Il giorno 30 maggio son chiamato, nelle ore del mattino, in casa sua per visitarla. Mi racconta che giorni addietro, 12 circa, mentre, in un camerino, rovistava dentro un sacchetto contenente delle noci secche, un grosso topo scappò fuori da quello, spaventandola oltre modo. Lì per lì, tuttavia, la Grazia ebbe la prontezza di chiudere rapidamente la porticina e d'inseguire così, per catturarlo, l'importuno e men che gradito ospite; il quale, rincorso di qua e di là, ebbe modo di appiattarsi sotto il pedale d'una macchina a cucire, che per caso ivi si trovava, e donde la signorina tentò di scovarlo. Mentre però che essa manovrava in questo intento, il topo saltò fuori dal suo precario nascondiglio, lanciandosi contro il dorso della mano di lei e morsicandola in quella parte. Fu un attimo; ma la D., tutta sconvolta dallo spavento, non per questo rinunziò alla cattura dell'animale, di cui facilmente ebbe ragione, uccidendolo sull'istante, con quanta ira, può facilmente giudicare il lettore.

Del resto è la sorte di tutti i topi, mica solo di quelli delle chiaviche.

Pertanto la Grazia fece qualche medicazione, alla buona, sulla ferita e tutto parve finir lì, perchè in pochi giorni la piccola ferita cicatrizzò completamente. Senonchè, circa 12 giorni dopo, la p. un bel mattino si svegliò in preda ad una forte trafittura nella parte morsicata: localmente si notava una discreta tumefazione con del rossore diffuso: ragion per cui fui invitato a visitare la signorina.

Esame locale. Sul dorso della mano sinistra, in corrispondenza della base del mignolo, e precisamente a livello della articolazione metacarpo falangea, si osserva una tumefazione di modiche dimensioni: in mezzo ad essa si distinguono due piccole cicatrici puntiformi, evidentemente il reliquato della piccola ferita prodotta dai denti del topo. Il dito corrispondente è arrossato come pure parte del dorso della mano stessa. La palpazione, che rileva una consistenza duro-elastica, suscita vivo dolore. Vi è febbre modica, 38,3, e un senso di indolenzimento di tutto l'arto superiore.

31 maggio. La paziente ha passato una notte insonne; apparisce spossata e debole: vi è cefalea, temperatura 39, polsi frequenti, sete intensa.

1° giugno. Tumefazione più pronunziata, color rosso-violaceo, tesa; il dolore locale è insopportabile. Al braccio e all'avambraccio, ma più in questa parte che in quella, si nota un'eruzione eritematosa, formata da piccole chiazze rilevate,

rossastre; se ne osservano anche, ma in modo limitato, alla regione anteriore del torace e alle gambe. Le stazioni linfatiche dell'arto sup. sin. fino al cavo ascellare, sono dolenti ed ingrossate. La paziente accusa dolori alle gambe; vi è febbre elevata.

Dato il dolore insopportabile al punto leso, reputo opportuno passare allo sbrigliamento dei tessuti infiammati e che eseguisco seduta stante. Dopo di che la signorina mi dice di sentirsi un po' sollevata, in quanto non avverte più quelle trafitture che la martorizzavano. Nello stesso tempo pratico una iniezione di elettrargolo e un'altra di olio canforato ed ordino degli impacchi caldo-umidi sulla ferita.

La dimane trovo la p. visibilmente migliorata: niente febbre, quasi scomparso l'eritema, diminuita la tumefazione, niente dolore, tranne un lieve senso di costrizione locale; le condizioni generali sono anche esse migliorate. Si rinnovano gli impacchi, si ripete l'iniezione di elettrargolo.

Sembrava pertanto che le cose si fossero messe per il meglio, quando, alla distanza di 5 giorni, si riaccende altra volta la febbre, e con essa ricompariscono i dolori, le chiazze d'eritema, la tumefazione ghiandolare. Una ripresa adunque! La piaga frattanto prendeva un aspetto cattivo, necrotico; il fondo vi era rosso-oscuro, sporco, i margini caratteristici: *ebbi perfettamente l'impressione di trovarmi dinnanzi una tipica ulcerazione specifica.*

Vagliata, pertanto, la sintomatologia, e mettendola a riscontro con il momento eziologico (morso di topo), ebbi come una luce, così che mi riuscì facile pensare al Sodóku, e feci diagnosi in conseguenza, non senza però avvisare ai mezzi più opportuni d'ausilio con le necessarie ricerche di laboratorio.

Avuto sentore del caso, l'egregio prof. Ugo Soli, d'anatomia patologica nella R. Università di Palermo, cui mi ero rivolto, volle venire personalmente a Cefalù per studiare *de visu* il caso. E qui cedo a lui la parola (1).

« Recatomi personalmente sul luogo e convintomi della storia clinica, del decorso e dall'aspetto della lesione che realmente si trattasse di *uno dei casi più tipici di Sodóku*, procedetti all'allestimento di numerosi preparati del secreto locale, raccolto il più possibile in profondità e del sangue.

« Inoltre col sangue prelevato dalla vena del braccio furono inoculate immediatamente due giovani cavie entro il peritoneo e il rimanente, raccolto in recipiente sterile e defribinato, fu inoculato, la stessa giornata, nel peritoneo ad una terza cavia.

« Gli strisci del sangue, colorati col Leishman, diedero tutti un reperto parassitario negativo. Dal punto di vista morfologico: nessuna evidente alterazione a carico dei globuli rossi e bianchi, leggera mononucleosi, scarsissimi eosinofili.

« L'esame dei preparati, allestiti dallo striscio fatto col materiale raccolto sul fondo della lesione, dimostrò un reperto istologico banale, molti leucociti specie mononucleati, qualche elemento cellulare non bene identificabile, molti elementi fortemente alterati, qualche raro globulo rosso. In un solo preparato, dopo una ricerca molto indaginosa e paziente, si sono potute dimostrare due forme spirochetiche, non molto lunghe (approssimativamente quanto il diametro di un eritrocito), con ondulamento regolare, sottili, debolmente colorate col Leishman.

« Nelle cavie fu praticato l'esame del sangue, sia su strisci colorati, che a fresco, in campo oscuro; malgrado che le ricerche siano state ripetute diverse volte e a vari intervalli, si ebbero sempre risultati negativi. Gli animali furono sacrificati dopo 3 mesi: l'esame microscopico dei visceri diede pure risultato negativo.

« Questo si deve spiegare verosimilmente con la scarsa quantità di sangue inoculato (non si potè fare, per le condizioni speciali della paziente, un prelevamento abbondante, ma ci si dovette contentare di un 5 cmc. circa) e con la scarsa recettività degli animali: è noto infatti che la cavia è recettiva, ma l'animale di elezione per tali ricerche dovrebbe essere il ratto bianco ».

Frattanto che queste ricerche si andavano compiendo, per consiglio dello stesso professore, si iniziarono le iniezioni di salvarsan.

L'esame delle urine dava risultati negativi. La Wassermann risultava anch'essa negativa.

Fu praticata una prima iniezione endovenosa di salvarsan (0,15), la quale fu benissimo tollerata senza incidenti di sorta. Il giorno dopo la febbre accennava a rimettere e 24 ore dopo tutto era rientrato nella norma: migliorati i fatti locali, modificato l'aspetto cattivo della lesione, scomparso l'eritema, i dolori.

Però alla distanza di alquanti giorni si ebbe un'altra ripresa, ricomparve un po' di febbre, qualche chiazza, lieve reazione ghiandolare. Si praticò una seconda iniezione di salvarsan (0,30). Questa volta seguì un miglioramento, sia locale che generale, più marcato, più netto: la febbre scomparve del tutto e non ricomparve più; la piaga cicatrizzò completamente; solo, per qualche tempo, s'ebbe, di quando in quando, qualche fugace, temporanea apparizione di poche chiazze sfumate, qualche doloretto, finchè anche questi lievissimi fatti sparirono affatto, e la p. potè considerarsi perfettamente guarita. Residuò un po' di debolezza ed anemia, ma dietro una prolungata cura ricostituente, la signorina si rimise benissimo ed oggi, alla distanza di quasi due anni, trovasi in condizioni ottime di salute ed attende agli affari domestici.

Questo il caso osservato, il quale, malgrado il resultato negativo delle prove sugli animali, ha tutti gli estremi, tutte le caratteristiche per posare la diagnosi di Sodóku. Non può sussistere alcun dubbio sull'identità del processo morboso, scriveva il prof. Soli, e del resto, l'etiologia (secondo la descrizione fattami dalla signorina il topo non poteva essere altro che il *mus decumanus*) la ricorrenza della sindrome caratteristica, l'effetto rapido e sorprendente della cura salvarsanica ne sono una prova evidentissima e convincente.

Nel chiudere la mia breve nota sento il dovere di ringraziare, con animo grato, il chiarissimo prof. Ugo Soli, che seguì il caso con amore di studioso e mi fornì consigli ed aiuti in proposito.

Cefalù, 12 gennaio 1926.

(1) Il prof. Soli ha pubblicato le sue ricerche in una memoria speciale.

Sei casi di pustola carbonchiosa.

Dott. RUGGERO MARCER.

Circa tre anni fa si presentò un giorno al mio ambulatorio certa C. Maria, di Agostino, d'anni 21, da Cordignano, per mostrarmi, diceva, una specie di foruncolo alla faccia, che non le dava dolore, ma che le aveva provocato febbre nelle notti precedenti. Ecco le caratteristiche della lesione: a livello dello zigomo sinistro notavasi un'escara rotondeggiante della superficie d'una moneta da due centesimi, depressa al centro, di color nero cupo, poggiante su base indurita, circondata da un alone infiltrato d'un color rosso livido, su cui s'osservavano piccole vescicole formanti intorno all'escara un cercine completo, a guisa di piccola corona; tutto intorno, come un anello, la cute era edematosa. Non notai linfangite, ma erano tumidi e modicamente dolenti alla palpazione i gangli linfatici preauricolari e quelli della regione laterale sinistra del collo.

Prescrissi alla ragazza impacchi caldo umidi al sublimato corrosivo e la consigliai di andarsene subito a letto presso certi suoi parenti di S. Vendemiano. Alla sera di quello stesso giorno la tumefazione della faccia era molto aumentata e la febbre passava i 39°.

Il giorno seguente l'inferma si trasferì presso la propria famiglia a Cordignano; ed io scrissi subito al collega dott. Piva, informandolo del caso ed esponendogli il mio diagnostico di probabile pustola carbonchiosa, quantunque non avessi avuto la possibilità di procedere ad un opportuno esame batterioscopico.

Seppi poi che, dopo una quindicina di giorni, durante i quali i sintomi più salienti erano stati la febbre e il gonfiore della faccia, la ragazza era guarita. Già dopo una diecina di giorni dalla prima visita l'escara era caduta, eliminazione per suppurazione, lasciando scoperta una piaga concava, a guisa di scodella, a superficie granuleggiante, che in otto giorni guariva, residuando sul sito una cicatrice tuttora visibile.

Nei due anni successivi ebbi occasione di vedere altre tre ragazze, presso a poco dell'età della prima, Sar. Stella fu Angelo, Sold. Regina di Giacomo e Cas. Elia, tutte di S. Vendemiano; tutte e tre presentavano la identica escara nerastra, già descritta, sopra una guancia: eguali i sintomi, il decorso e la risoluzione. Dalla Sold., previo parziale sollevamento dell'escara, circa in ottava giornata dall'infezione, mediante l'ansa di platino, prelevai un po' di materiale siero purulento con cui feci dei preparati su vetrino, colorati col Gram: ma al microscopio non apparvero che i comuni cocchi in grande quantità.

Tuttavia tutti i caratteri delle lesioni osservate deponevano per la diagnosi di pustola carbonchiosa, e probabilmente nelle mie ricerche avevo poco affondato l'ansa di platino.

Tutte quattro queste ragazze lavoravano in qualità di operaie presso una fabbrica di pennelli e spazzole in S. Vendemiano. Una parte del materiale per il confezionamento dei pennelli è rappresentata da setole di maiale, provenienti dalla Russia e dalla Cina. Tali setole, a detta del direttore del laboratorio, arrivano imballate in casse per la via di Amburgo e, prima di entrare in Italia, dovrebbero subire un processo di sterilizzazione; i documenti che le accompagnano infatti garantiscono l'avvenuta operazione di disinfezione. Tuttavia qui in fabbrica queste setole si ricevono sporche di polvere e rivestite di grasso. Le operaie, che hanno il còmpito di pulirle e di sgrassarle prima di metterle in opera, durante tali manipolazioni possono inavvertitamente toccarsi o grattarsi il viso colle dita sporche, e in tal modo iniettarsi il virus carbonchioso sopra una eventuale soluzione di continuo della cute.

Ma ecco che il 18 febbraio ultimo scorso ho occasione di constatare un quinto caso di pustola carbonchiosa alla guancia sinistra; e pochi giorni dopo un sesto caso alla regione frontale. Si trattava di Bell. Graziosa di Medardo d'anni 22 e di Soss. Lea fu Gio. Batta d'anni 18, entrambe di S. Vendemiano e operaie presso una fabbrica di pennelli a Conegliano.

La Bell. m'era mandata per l'osservazione e per la cura dal collega dott. Fabris di Conegliano, il quale mi scriveva d'aver già allestito un preparato con materiale prelevato dalla pustola e d'aver osservato al microscopio il caratteristico bacillo del carbonchio ematico. Questa ragazza tre giorni prima aveva avvertito alla guancia sinistra un molesto prurito e s'era poi accorta della comparsa d'una pustoletta. Al momento della mia osservazione, 18 febbraio, la pustola aveva gli identici caratteri di quella più sopra descritta; la guancia era tumefatta fino alla regione laterale sinistra del collo; non si palpavano gangli ingrossati. Nessun dolore e nessuna difficoltà nei movimenti della mandibola; temperatura 37.5. Per cura mi limitai anche qui a qualche impacco. Decorso benigno e guarigione in 15 giorni.

Anche nella Soss., dallo stesso dott. Fabris, fu praticato l'esame microscopico dell'essudato, con risultato non altrettanto evidente, ma tuttavia molto sospetto.

Il dott. Fabris, che qui vivamente ringrazio, mi mostrò il bel preparato allestito col materiale pustoloso della Bell.: i bacilli ben evidenti e caratteristici si presentavano sotto forma di bastoncini, lunghi da 5 a 8 micromillimetri, diritti o flessibili, immobili, omogenei, isolati o riuniti in catenelle di 2 o più elementi. Si colorano con i comuni colori basici di anilina.

I sei casi esposti di pustola ematica, a virulenza indubbiamente attenuata (forse per l'avvenuta sterilizzazione delle setole di maiale di cui parlano i documenti doganali) se non sono degni di nota per il loro decorso benigno, rivestono carattere socialmente importante: la pustola carbonchiosa in tal modo contratta, deve esser cosiderata malattia professionale e l'operaio colpito indennizzato (e prima salvaguardato con opportuna profilassi) come un qualsiasi infortunato per causa ed occasione del lavoro.

S. Vendemiano.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il problema del cancro.

(W. E. GYE. *Brit. Med. Jour.*, 13 novembre 1926).

Le prime ricerche sperimentali sul cancro risalgono al 1775, allorquando Peyrilhe cercò di trapiantare in un cane un cancro della mammella umana. Tale esperimento, ripetuto in seguito da vari autori, ebbe costantemente risultato negativo.

Molto più tardi, nel 1889, il trapianto riuscì invece ad Hanau, operando su animali della stessa specie, e su tali basi si moltiplicarono in seguito, per opera di altri, i successi.

Ma un'importanza maggiore dovevano avere i lavori di Jensen, il quale nel 1902 dimostrò la possibilità di ottenere tali trapianti in serie indefinite, sempre però in soggetti di specie eguale.

Dal complesso delle numerose osservazioni che seguirono, si potè assodare che i tumori sono retaggio di tutte le razze di animali viventi, indipendentemente dal loro stato di vita domestico o selvaggio. Nè esistono differenze sostanziali tra tumori dell'uomo e degli animali dal punto di vista dell'origine, del decorso clinico, delle metastasi, e di tutti gli altri particolari caratteri propri delle formazioni neoplastiche.

Il metodo di trapiantare il tumore consiste nel trasportarne una piccola porzione nel sottocutaneo, per mezzo di un trequarti o di una siringa.

Numerose ricerche di controllo hanno assodato che le cellule figlie del nuovo tumore che si produce derivano dalle cellule del neoplasma inoculato. Se, per mezzo del calore o di antisettici, si uccidono le cellule prima dell'inoculazione, non si riesce più a provocare la comparsa del tumore sperimentale, e ciò si accorda perfettamente con i reperti istologici.

L'insieme di tali risultati ribadì il concetto che l'elemento parassita dovrebbe essere identificato nella stessa cellula del tumore. Secondo tale concetto, la cellula neoplastica rappresenterebbe una entità vera e propria, la cui presenza è indispensabile affinchè il tumore si accresca e si riproduca.

L'eventuale influsso di agenti fisico-chimici sui tessuti avrebbe quindi un valore del tutto secondario a quello della preesistenza di cellule fornite di proprietà neoplastiche, come lo provano le interessanti esperienze di Yamagiwa e Ishikawa sui tumori da catrame nei ratti.

Una delle conseguenze derivanti da quanto precede è che l'origine parassitaria o microbica dei tumori è stata ed è tuttora avversata da moltissimi studiosi.

Esistono però delle eccezioni a tali fatti, rappresentate sopratutto dai tumori dei volatili descritti da Peyton Rous fin dal 1910.

Considerando ad esempio il sarcoma primitivo a cellule fusiformi, che si riscontra in una varietà di pollame domestico, si assiste al curioso fatto che la sua riproduzione sperimentale, sebbene limitata come al solito agli individui della stessa specie, è però possibile anche con l'inoculazione di un filtrato delle cellule neoplastiche.

Per spiegare tale fatto, non volendo ammettere la presenza di germi ultramicroscopici in tali tumori, di cui sono stati descritti più tipi, si avanzò l'ipotesi della filtrabilità di elementi cellulari ultramicroscopici, capaci di ingrandirsi in seno ai tessuti ospiti, o, per lo meno, si ammise il passaggio attraverso al filtro di particelle cellulari atte a riprodurre l'elemento istologico normale.

L'opinione emessa in proposito dal Rous è che dalle sue esperienze, confermate in seguito da altri, si dovrebbe trarre una conferma all'ipotesi che esista una causa estrinseca determinante l'insorgenza di un tumore nei tessuti.

La difficoltà è ora però nel conciliare tale veduta con tutti i numerosi esperimenti condotti sulle stesse basi con altri tumori, e riusciti costantemente negativi.

È questa la difficoltà che ha affrontato l'A., cercando di conciliare i vari risultati, che, secondo la sua veduta, non sarebbero discordi altro che apparentemente.

Intanto, per prima cosa, l'A. ha dimostrato che il carattere della filtrabilità del tumore di Rous non è costante, e che talora tale carattere si attenua e va addirittura perduto per un periodo più o meno lungo.

Con varie esperienze dimostrò anche che l'esposizione a una temperatura di 55° C. ha influsso deleterio sull'attività del filtrato; la quale sensibilità al calore varia però quantitativamente e qualitativamente da un tumore all'altro.

Fu anche controllato il fatto dell'azione distruttrice esercitata sui filtrati da vari veleni, tra i quali sono specialmente da considerare il cloroformio e l'acriflavina.

Si assistette allora al fenomeno che due estratti dello stesso tumore, inattivati rispettivamente col calore e con un antisettico, riacquistavano, se mescolati insieme, il potere infettante. Da ciò deriverebbe la conclusione logica che la riproduzione di un tumore per mezzo di filtrati cellulari neoplastici dipenderebbe dall'azione mista di due elementi, di cui uno può essere inattivato per mezzo di antisettici, ed uno che viene distrutto dal calore. Il primo sarebbe rappresentato probabilmente da un microrganismo ultramicroscopico o da un virus, mentre il secondo sarebbe

una sostanza chimica accessoria, per la quale verrebbero determinati i caratteri speciali del neoplasma riprodotto.

Il virus sarebbe presente, oltre che nei tumori, anche nei tessuti sani, ma non potrebbe esercitare la sua azione altro che in presenza della sostanza chimica accessoria.

A sua volta tale fattore accessorio, esistente in tutti i tumori maligni, si genererebbe talora nell'organismo sano per azione di irritazioni di varia specie.

La riprova sperimentale della presenza del virus nei tumori sarebbe data dai fatti seguenti:

Inattivando col calore un estratto di sarcoma di Rous, e iniettandolo dopo averlo mescolato con un semplice estratto di un altro qualsiasi tumore, di uccello o di mammifero, non si riesce a riprodurre il primitivo neoplasma. Se invece tale mescolanza è fatta con l'estratto inattivato chimicamente, la sua iniezione provoca la comparsa di un nuovo tumore.

Bisogna dunque pensare, dice l'A., che la sostanza chimica distruttrice abbia agito sul fattore « microorganismo », il quale, reintegrato per l'aggiunta di un altro estratto fresco neoplastico, trovatosi in presenza di sufficiente quantità di fattore accessorio, riacquista le sue proprietà infettanti.

Nel caso del tumore di Rous la specificità sarebbe connessa all'elemento termo-labile, il quale potrebbe venir chiamato, per tale ragione: « fattore specifico ».

Non è pertanto riuscito all'A. di ottenere la riattivazione per mezzo di tessuti normali, come pure per mezzo di alcuni speciali tumori, quali ad esempio i sarcomi del topo.

Una prova diretta della presenza nei vari tumori di questo ipotetico microrganismo sarebbe data dalla sua sensibilità verso gli antisettici, i quali lo distruggono, e dalla sua coltivabilità.

Con gli studi di Barnard, infine, la dimostrazione sarebbe andata anche oltre, giungendosi, a suo dire, e in speciali condizioni, addirittura alla sua dimostrabilità microscopica e fotografica.

M. FABERI.

☛ *Importante pubblicazione:*

Dott. Prof. GUSTAVO RAIMOLDI
Docente di Patologia Medica nella R. Università
Chirurgo-aiuto negli Ospedali riuniti di Roma

L'esame della funzione renale
con i moderni metodi di indagine

Prefazione del Prof. **Roberto Alessandri**
Direttore della R. Clinica Chirurgica di Roma.
Un volume di pagine VIII-247 (N. 14 della « Collana Manuali del Policlinico »), nitidamente stampato su ottima carta, con varie figure nel testo. — Prezzo L. **30.** — Per gli abbonati al « Policlinico » solo L. **27,50** in porto franco.
Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

L'esame funzionale dell'apparato respiratorio.

(P. COSSIO. *Revista del Circulo Medico Argentino*, 1926, n. 293).

Prima della scoperta dei procedimenti fisici per l'esplorazione dell'apparato respiratorio, la diagnosi delle affezioni stesse si basava unicamente sui disturbi locali e generali che esse provocavano. L'introduzione nella semeiotica dei metodi di percussione e di ascoltazione, nonchè di tutti gli altri procedimenti più o meno ingegnosi, resero la diagnosi differenziale delle affezioni toraciche sempre più facile e precisa. Tuttavia l'esame funzionale non fu abbandonato e con il progresso degli studi si mise sempre più in evidenza la loro importanza.

L'esame funzionale riguarda essenzialmente la sufficienza respiratoria determinabile con la così detta spirometria.

Con lo spirometro si differenziano molto bene la insufficienza pulmonare dalla insufficienza respiratoria; la prima è una diminuzione della capacità pulmonare nella quale non entra per nulla la volontà, mentre nella seconda si ha l'intervento della volontà.

La insufficienza chè consiste essenzialmente in un difetto dell'atto respiratorio, può essere determinata da tre cause principali: difetto dell'educazione respiratoria; alterazioni dell'apparato respiratorio, del pulmone come di altre parti delle vie aeree; affezioni di altri organi, che provocano un difettoso funzionamento respiratorio.

Comunque perchè si produca la insufficienza respiratoria è necessaria una certa predisposizione consistente in un'ipotonia muscolare generale ed in special modo dei muscoli respiratori.

Poichè la insufficienza respiratoria è un disturbo dell'atto respiratorio, è necessario uno studio di quest'ultimo per poter giungere alla sua diagnosi. L'atto respiratorio consta di due ordini di fenomeni, meccanici e chimici, le cui alterazioni possono essere rilevate solo dall'esame funzionale. In clinica si adopera solo lo studio dei fenomeni meccanici, perchè quello riguardante i fenomeni fisico-chimici sono costosi e lunghi.

Per lo studio dei disturbi meccanici dell'atto respiratorio conviene prendere in considerazione l'*ampiezza toracica totale*, l'*ampiezza toracica parziale o comparata*, l'*apnea volontaria*, la *permeabilità nasale*.

Per la misurazione dell'*ampiezza toracica totale*

si adoperano l'indice respiratorio di Hirtz, il coefficiente di robustezza di Piguet, la pneumografia.

L'indice di Hirtz è la differenza in centimetri del perimetro toracico, preso all'altezza dei capezzoli, durante la inspirazione e l'espirazione. L'indice respiratorio massimo è quello riguardante l'inspirazione e l'espirazione forzata, il medio è quello riguardante gli atti respiratori ordinari. Negli individui normali l'indice respiratorio medio è di cm. 1,5-2,5, ed il massimo di 6-8 cm. In tutti i processi toracici, funzionali od organici, che limitano l'espansione, si ha una diminuzione dell'indice di Hirtz, però con certe differenze. Nell'insufficienza respiratoria, processo dinamico, l'indice medio è più basso di molto, mentre quello massimo è solò leggermente diminuito. Nell'insufficienza pulmonare, processo organico (pleuriti, pulmoniti, ecc., e specialmente nell'enfisema diffuso) l'indice medio è leggermente ridotto, e, quando la riduzione del campo dell'ematosi è più notevole e se non v'è processo doloroso, può essere anche aumentato, mentre l'indice massimo è sempre molto limitato.

Il coefficiente di robustezza o indice di Piguet si misura sottraendo dall'altezza del soggetto, calcolata in cm., la somma del peso e del perimetro toracico. Un uomo di 175 cm. di altezza, di 80 kg. di peso e 90 cm. di circonferenza toracica ha un indice di robustezza uguale a 5 [175 — (80 + 90) = 5]. Nell'insufficienza respiratoria con ripercussione sullo stato generale l'indice aumenta. Le persone ben costituite non hanno mai un indice di robustezza superiore a 15.

La pneumografia consente di studiare l'ampiezza, la frequenza, il ritmo ed altri caratteri dell'atto respiratorio (respirazione Cheyne-Stokes, Biot, saccadè, sospirante, ecc.), quando siano in un grado tale da non riuscire percettibili all'ispezione.

Lo studio dell'*ampiezza toracica parziale o comparata* serve a svelare alcuni disturbi dinamici di origine organica o funzionale, però localizzati in alcune parti dell'apparato respiratorio. Così sono state descritte insufficienze respiratorie localizzate agli apici in individui con cattiva respirazione nasale, e alle basi in persone intemperanti nel mangiare con congestione epatica cronica e difficoltà dei movimenti diaframmatici.

Per mettere in evidenza questi disturbi si adoperano, oltre la pneumografia bilaterale, l'ispezione e palpazione combinata, la misurazione, il metodo fotografico.

Per l'esame dell'espansione dei vertici Ruault consiglia il seguente metodo. L'infermo è seduto su di una sedia senza spalliera; ha il dorso nudo e gli arti superiori rilasciati e collocati nell'identica posizione. Il medico si pone dietro il soggetto e applica dolcemente le palme delle mani sulle sue spalle in modo che i pollici siano a livello delle fosse sopraspinose, la plica del pollice sul margine del trapezio e le altre dita passino sulla clavicola in modo da poggiare con le punte sulla parte media della fossa sottoclavicolare. Si ordina al paziente di respirare senza sforzi esagerati, ma in modo ampio e regolare, avvertendolo di dilatare bene il torace a livello delle costole senza allontanare gli arti. Si avvertiranno così con la palpazione e con l'ispezione le modificazioni dell'ampiezza respiratoria degli apici. Cossio consiglia di poggiare le mani in questo modo: le punte delle ultime quattro dita discendono sopra la parte media della clavicola, le palme delle mani sono poggiate sulla fossa sopraspinosa, ed i pollici abdotti ad angolo retto si pongono in contatto con le loro punte a livello della 2ª o 3ª apofisi spinosa in modo che le due dita formano una linea orizzontale. In tal modo si rende ben visibile l'ampiezza respiratoria degli apici mediante l'inclinazione che subiranno i due pollici, di cui uno degli estremi è fisso sull'apofisi, durante gli atti respiratori.

Per mettere in evidenza i disturbi dell'espansione delle basi sono stati suggeriti vari metodi, ma il più raccomandabile è quello di Perrin. Il medico si pone a lato del malato seduto su d'una sedia ed appoggia le due mani una davanti e l'altra dietro all'emitorace più vicino cercando di abbracciare la maggiore estensione possibile: le mani si collocano in modo che i due polsi si congiungono sulla linea ascellare media all'altezza dell'ottava o nona costola, poggiando le palme dolcemente ed esercitando una certa pressione con la punta delle dita, per modo che queste siano il punto fisso durante le inspirazioni. S'invita l'infermo a fare un'inspirazione profonda, ed allora le mani si spostano in modo che i polsi si allontanano. La separazione massima dei due polsi nei sani è di 2 cm. in media. Per misurare l'espansione dell'altro emitorace non è necessario che il medico cambi posizione: si abbraccia il torace in modo che la punta dei medi si congiungono sull'ascellare media: allora i polsi fanno da punto fisso e l'ampiezza dell'inspirazione è data dall'allontanamento delle punte dei medi. Come per i vertici anche per le basi hanno maggior valore le modificazioni unilaterali dell'espansione.

Con la misurazione si può dimostrare l'ampiezza dell'uno o l'altro emitorace a varie altezze. Si adopera un nastro metrico che ha lo zero nel mezzo, da cui partono due graduazioni uguali e progressive. Si applica lo zero sull'apofisi spinosa dell'altezza toracica di cui si vuole misurare l'ampiezza e poi si cinge il torace con le

due branche del nastro metrico e si fanno incontrare sulla linea media anteriore tanto nell'inspirazione come nell'espirazione profonda. Si hanno così per ciascun emitorace due misurazioni: l'una all'inspirazione profonda ((I P) e l'altra all'espirazione profonda (E P), la cui differenza I P - E P è nei sani eguale ad ambo i lati. Le divergenze di questi indici indicano le modificazioni dell'ampiezza respiratoria nelle varie sezioni del torace.

Il metodo fotografico più preciso e più semplice è quello indicato da Achart e Binet. Si tingono con un lapis dermografico i capezzoli del soggetto e poi si prende la fotografia del soggetto stesso a dorso nudo mentre compie un'ispirazione ed espirazione profonda, per modo che si hanno sulla lastra due immagini dei capezzoli. Lo spostamento delle due immagini indica l'ampiezza toracica. Questo spostamento durante l'inspirazione si effettua in basso ed infuori; il primo indica l'aumento del diametro verticale del torace, il secondo quello del diametro trasversale. Comparando un lato con l'altro si possono stabilire le differenze.

La prova dell'*apnea volontaria* consiste nel determinare il massimo di tempo che si può stare senza respirare. Questo tempo già normalmente varia con le persone, con la profondità dell'inspirazione precedente all'apnea, con la posizione (maggiore nel decubito dorsale). Il miglior modo di provare l'apnea volontaria massima è il seguente: il medico si pone di fronte al soggetto e lo tiene per una mano mentre con l'altra tiene l'orologio; il soggetto stringendo o aprendo la mano indica quando cessa e quando ricomincia la respirazione. Nel mixedema l'apnea è prolungata, abbreviata nel Basedow; nell'insufficienza cardiaca, in alcune intossicazioni esogene ed endogene, come nella carbossiemia e nell'uremia, è diminuita. Tutte le affezioni dell'apparato respiratorio, funzionali od organiche, provocano abbreviazione dell'apnea volontaria, in relazione all'estensione del processo anatomico o al grado del disturbo funzionale. La prova di Gallois consiste nel far contare, dopo un'inspirazione profonda, con voce molto bassa uno, due, tre, ecc., il più rapidamente che sia possibile sempre però in modo che le parole siano chiaramente pronunziate e senza riprender fiato. Di solito le persone sane possono contare fino a cento.

La prova della *permeabilità nasale* ha pur essa grande importanza per lo studio dei disturbi della funzione respiratoria. La narice ha la funzione di purificare, rallentare ed inumidire l'aria prima che giunga nelle vie aeree medie ed inferiori, evitandone così l'irritazione. Quando la respirazione nasale è insufficiente, sopperisce la respirazione boccale per cui l'aria introdotta conserva i suoi caratteri irritanti. I disturbi prodotti dall'insufficienza nasale variano con l'età, nei ragazzi si hanno deformazioni scheletriche del torace, negli adulti la rino-tracheo-bronchite discendente e l'indurimento non tubercolare dell'apice pulmonare corrispondente. Per saggiare la permeabilità nasale basta ostruire una narice premendo con un dito sulla pinna nasale, mentre si fa respirare fortemente attraverso l'altra. Dalla forza della corrente d'aria misurata mettendo una mano davanti alla narice libera si può apprezzare il grado di permeabilità di ciascuna narice.

DE

Per la tecnica della broncografia.

(SUCHANEK. *Wien. Kl. Woch.*, 1926, n. 33).

Per introdurre nell'albero bronchiale la massa di contrasto per la broncografia, assai frequente in questi ultimi tempi, sono stati adoperati svariati metodi. Il metodo, specialmente usato nei paesi romani, d'iniettare il rimedio, lipiodol o jodipina, per via cutanea attraverso il ligamento crico-tiroideo, è oggi quasi generalmente abbandonato e preferita la via transglottidea; così, ad es., da poco tempo Nathe e Sgalitzer hanno descritto il metodo della « deglutizione » della massa nella trachea previa anestesia dell'apertura del laringe; ma è allora probabile che una parte del lipiodol penetri nello stomaco, provocando dopo l'assorbimento un jodismo non indifferente.

La via transglottidea fu adoperata, fra gli altri, anche da Bech e Sgalitzer, servendosi dello spray bronchiale pieghevole costruito da Ephraim nel 1911. L'istrumento ideale, che soddisfa a tutte le esigenze, a parte il metodo tanto sgradito agli infermi del riempimento col broncoscopio, sarebbe la sonda bronchiale pieghevole proposta da Haslinger nel 1922 e poi nel 1925, che spiacevolmente non è ancora in commercio. Non essendo in uso questa sonda, l'A. ha cercato di raggiungere lo scopo nel modo il più soddisfacente, evitando il tubo semirigido e poco pieghevole dell'apparecchio a spray di Ephraim con la ripiegatura dell'estremo dell'oliva, e ne descrive brevemente la tecnica molto semplice.

Eseguita l'anestesia della laringe, della trachea e dei bronchi mediante la pennellatura a spray con la cocaina-adrenalina, preceduta dall'iniezione di morfina e di atropina, viene introdotta per la glottide, col controllo dello specchio e mediante una sottile pinza curva che tiene solo l'oliva, una comune sonda duodenale e quindi, aperta la pinza, il tubo di gomma morbido e pieghevole per il peso stesso della oliva raggiunge la trachea.

Dopo questo procedimento, che, seguito con la conveniente tecnica laringologica, riesce facile e spedito in ogni caso, si procede alla radioscopia. La oliva seguendo i movimenti in avanti o di lateralità del paziente viene diretta in modo da raggiungere, secondo si desidera, non solo il bronco principale destro o sinistro, ma anche quelli del lobo destro medio o più profondamente quelli del lobo inferiore. Si potrà così con la siringa far cadere a goccie poco a poco, attraverso la sonda duodenale il liquido, lipiodol o jodipina, previamente alquanto riscaldato.

È sorprendente come con una piccola quantità del liquido si possa ottenere il completo riempimento dei bronchi del lobo che si vuole esaminare. Il riempimento degli alveoli non è quasi mai necessario, anzi, secondo Lenk e Haslinger, è da evitare. È da preferirsi la sonda che abbia una certa lunghezza per aumentarne il peso e che oltre la apertura della punta ne abbia anche 3 o 4 laterali.

In moltissimi casi l'A. ha potuto in questi due anni e mezzo praticare in vari istituti röntgenologici il riempimento dei lobi polmonari col detto metodo e perfettamente bene; solo in un caso, nel quale il bronco principale sinistro era disposto orizzontalmente, non gli fu possibile seguirne la giusta via. I pazienti con una adatta e buona anestesia sopportano benissimo la manovra della sonda duodenale, l'operatore ha il vantaggio di poter controllare e dosare la penetrazione del liquido e raggiungere lo scopo anche con una piccolissima quantità del preparato jodico.

DE CHIARA.

ORGANI DIGERENTI.

Può differenziarsi nei vecchi l'ulcera gastrica o duodenale dal carcinoma?

(H. FINSTERER. *Wien. Klin. Woch.*, n. 23).

Nell'età avanzata la distinzione dell'ulcera gastrica dal carcinoma può talora presentare delle difficoltà, perchè, specialmente quando la durata della malattia è breve, si è proclivi a pensare piuttosto al carcinoma. Varie circostanze possono valere per distinguere l'una dall'altra. Una lunga anamnesi sta per l'ulcera come la sua brevità sta per il carcinoma; ma questa regola ha delle eccezioni, sia perchè un'ulcera di lunga durata può degenerare e dar luogo ad un carcinoma, sia perchè nei vecchi possono verificarsi altre alterazioni accompagnate da violenti dolori. Su 808 resezioni dello stomaco per ulcera praticate dall'A., su 38 casi in 25 le sofferenze datavano da molti anni, mentre in 13 erano state brevissime. Su 271 resezioni per carcinoma 24 erano di lunghissima durata e rappresentavano una degenerazione maligna di un'ulcera cronica.

Il dimagramento e l'anoressia stanno per il carcinoma perchè nell'ulcera il dimagramento è dovuto al vomito ed alla paura dei dolori. Nel carcinoma il vomito compare solo quando il piloro è completamente chiuso, cioè nel periodo tardivo e contiene quasi sempre sostanze alimentari; nell'ulcera esso avviene precocemente, è dovuto allo spasmo pilorico ed a ritenzione e contiene liquidi acidi e, solo più tardi, alimenti. Le profuse emorragie stanno per l'ulcera.

Per la diagnosi differenziale i dolori possono avere importanza in quanto, essendo la durata della malattia breve, essi fanno sospettare un'ulcera callosa quando è anche palpabile il tumore. Secondo le esperienze dell'A., il carcinoma gastrico dà luogo ai dolori solo quando sia diffuso nelle vicinanze, specie nel plesso celiaco, od abbia interessato le glandole retroperitoneali. L'esistenza del tumore ha valore per la diagnosi del carcinoma, ma non bisogna dimenticare che nei vecchi specialmente, anche l'ulcera callosa può dar luogo a notevoli tumori e che d'altra parte l'ipertrofia gastrica con spasmo dell'antro possono simulare tali tumori.

Il valore dell'acidità gastrica ha una limitata importanza, perchè non sono affatto rari i casi di carcinoma con notevole iperacidità e diminuzione dell'ac. lattico, specialmente se il carcinoma è prepilorico. Questo fatto è spesso trascurato, il paziente viene trattato con cure interne e gli si consiglia l'intervento quando è in istato inoperabile. La ricerca röntgenologica nella stenosi di alto grado offre pochi punti di appoggio per la diagnosi differenziale, perchè i difetti specifici di riempimento sono raramente dimostrati.

Nella impossibilità di una esatta diagnosi si potrà ricorrere alla laparotomia di prova, che non offre alcun pericolo anche nei vecchi, eseguita con l'anestesia locale. Se viene allora ritrovata l'ulcera duodenale si potrà eseguire la resezione tipica o la semplice gastroenterostomia, la quale dà migliori risultati nei vecchi che nei giovani; se si riscontra invece un carcinoma è sempre da tentare la operazione radicale, anche perchè nei vecchi è minore il pericolo delle recidive. Anche nei casi in cui preesisteva un processo bronchiale cronico non si ebbe alcun decesso per pneumonite, ciò che l'A. attribuisce alla esclusione della narcosi generale profonda, ed all'accurato trattamento post-operatorio.

Nella resezione per carcinoma gastrico, i risultati immediati sono meno buoni di quelli che si hanno nella resezione per ulcera.

Essendo i risultati dell'operazione radicale assai favorevoli anche nei vecchi, sempre quando sia

esclusa la narcosi generale, il medico pratico è senz'altro autorizzato, e più presto che sia possibile, a consigliare nelle gravi malattie dello stomaco l'intervento chirurgico; quale debba poi essere tale intervento, sarà giudicato dal chirurgo durante la operazione stessa.

DE CHIARA.

Contributo alla diagnosi del papilloma gastrico benigno solitario.

(F. SCHULTZE. *Arhiv. f. klin. Chirurgie.* Vol. 139, fasc. I).

Nel caso occorso si trattava di una donna di 46 anni che soffriva da circa un anno di disturbi gastrici non caratteristici. Le condizioni generali erano buone; all'epigastrio si palpava una tumefazione quanto un uovo, spostabile. Nel succo gastrico ipoacidità e assenza di acido cloridrico libero.

L'esame rad. dimostrò un difetto di riempimento nella regione antrale limitato in alto e in basso dal pasto opaco. Venne fatta diagnosi di carcinoma gastrico. All'operazione si trovò un papilloma quanto un pugno a larga base che risiedeva sulla parete post. dello stomaco e che si estendeva dalla piccola alla grande curvatura. Attraverso una incisione sulla parete ant. venne estrinsecata la tumefazione ed escissa. L'es. microscopico confermò la diagnosi.

Il papilloma gastrico è una affezione rara che si manifesta clinicamente con una sindrome caratteristica sulla quale non si può assolutamente basare una diagnosi. L'autore crede che a questa si possa arrivare con un attento esame del quadro radiologico. Un tumore benigno dello stomaco è caratterizzato da un difetto di riempimento a margini precisi mentre la forma e la posizione dello stomaco è perfettamente conservata. Nel caso occorso il difetto di riempimento era limitato in alto e in basso da una zona opaca data dal pasto di bario: ciò parlava certamente per un tumore intraventricolare: bastava questo e la forma conservata dello stomaco per giungere alla diagnosi in quanto era logico pensare a un tumore nettamente circoscritto.

VALDONI.

Ileo spastico.

(PUST. *Arch. f. kl. Ch.*, 138, p. 83).

L'A. mostra al 49° Congresso della Soc. ted. di chir., facendone vedere l'applicazione in una cavia, un suo metodo per riconoscere la vitalità di un'ansa intestinale sospetta di gangrena.

Si bagna l'ansa con una soluzione di cloruro di sodio al 10% riscaldato a 40°-45° e già dopo 2-3 minuti si può decidere circa la resezione o la riposizione. L'ansa vitale, già entro questo spazio di tempo riacquista un colore di sanguificazione e si contrae. Se non si riprende entro 3-5 minuti è perduta irrimediabilmente.

È prudente di colorare la soluzione, a scopo di riconoscimento, senza di che possono verificarsi degli inconvenienti serii: eventualmente scambiandola ed usandola per soluzione fisiologica.

Il metodo si presta anche per tutti quegli stati che preludono alla paresi intestinale, come tutte le lunghe operazioni addominali asettiche. A tale scopo si possono versare nella cavità addominale 100-300 cmc. della soluzione. Serve pure — ed è forse il solo mezzo capace di un risultato istantaneo — in caso di collasso operatorio, in quanto che la quasi immediata contrazione dell'intero intestino porta una pronta elevazione della pressione sanguigna: in qualche caso, di 20-38 mm. di mercurio.

Può essere adottato senza timore anche in casi di peritoniti circoscritte, come da appendicite. Soltanto che in tal caso bisogna usare soltanto piccole quantità di 20, 50, al massimo 100 cmc. di soluzione e poi asciugarla con garza per evitare la diffusione del processo peritonitico.

Il principio d'azione è quello di provocare un trasudato, secondo le leggi dell'osmosi. Si può quindi richiudere impunemente la cavità addominale dopo avervi versato la soluzione in parola. Chè se invece si voglia drenare, si vedrà uscire una quantità straordinaria di liquido, e se questo manca, la prognosi è sfavorevole.

In caso di peritonite estesa il metodo è controindicato, perchè il consecutivo accelerato assorbimento porta in circolo una grande quantità di tossine.

La ricetta della soluzione è: cloruro di sodio depurato gr. 100, acqua distillata gr. 1000, bleu di metile q. b.

B.

Radiologia delle perivisceriti.

(L. JOULIA. *Le Journal Méd. Français*, febbr. 1926).

L'Autore, dopo aver ricordato come la radiologia abbia una importanza capitale nella diagnosi delle perivisceriti, passa a considerare la tecnica da seguirsi per metterla in evidenza e, più precisamente, ricorda come si sia servito nelle affezioni predominanti dello stomaco e del duodeno del pasto unico di bario, mentre per le malattie del grosso intestino impiega l'uso dei tre pasti, somministrando 200 gr. di gelobarina divisa in tre parti. Il malato è esaminato alle 9 del giorno dopo mentre le tre porzioni di gelobarina vengono somministrate alle 16, alle 20 e alla mezzanotte del

giorno antecedente. Passa quindi in rivista le diverse affezioni riscontrabili e cioè:

1) *Perigastrite.* Il 1° sintomo è la perdita della mobilità dello stomaco dovuta alle aderenze con gli organi vicini. Questa fissità dello stomaco appare in posizione verticale quando si deprime la parete addominale con la mano o quando si invita il paziente a gonfiare l'addome. Nei casi di epiploite associata spesso alla perigastrite la fissità dello stomaco si accompagna a dolore sulla grande curvatura con irradiazioni verso la regione ombelicale o più in basso secondo il grado di ptosi gastrica. Le aderenze localizzate in seguito ad ulcera sulla faccia anteriore dello stomaco possono sfuggire all'osservazione e non si rendono percepibili se lo stomaco non acquista una altezza considerevole. Le perigastriti localizzate nella faccia posteriore si possono mettere in evidenza esaminando il paziente in posizione trasversale. Indipendentemente dalla perdita di mutilità la retrazione cicatriziale con perigastrite consecutiva ad ulcera porta una modificazione dell'immagine gastrica di cui la più comune è la biloculazione.

2) *Periduodeniti.* Per l'esame delle periduodeniti consiglia di servirsi dell'apparecchio di Potter Bucky, praticando radiografie in serie, che permetterà di studiare le deformazioni permanenti o passeggiere potendo così fare la diagnosi differenziale fra ulcera del bulbo e periduodenite.

L'A. divide le periduodeniti in 4 gruppi e cioè:

1) *Periduodenite da pericolecistite.* È il caso più frequente. Le aderenze più o meno stipate partendo dal cistico o dalla vescichetta si estendono sul bulbo duodenale e su tutte le porzioni duodenali. I sintomi radiologici permanenti saranno: deformazione e schiacciamento del bulbo. Nella deformazione l'irregolarità del bulbo può assumere svariate forme che è difficile descrivere. Si ha l'impressione che il bulbo si riempia male e con difficoltà.

Lo schiacciamento del bulbo duodenale nella maggior parte dei casi è dovuto a periduodeniti di origine biliare. Esso è attirato dall'avanti all'indietro e dal basso in alto sotto la faccia inferiore del fegato.

2) *Periduodeniti sopra mesocoliche.* In questo caso le aderenze si riscontrano in corrispondenza della 2ª porzione del duodeno. Si osserva quasi sempre uno stato spasmodico piloro duodenale e un certo grado di iperistaltismo. In genere lo stomaco si vuota come normalmente.

3) *Periduodeniti sotto-mesocoliche.* Queste periduodeniti sono caratterizzate dalla presenza di una o più briglie in corrispondenza della terza porzione del duodeno.

4) *Periduodeniti essenziali.* Queste periduodeniti senza causa apprezzabile sono diagnosticabili solamente dopo l'intervento chirurgico.

Periviscerite dell'intestino tenue. Queste perivisceriti sono per lo più secondarie a peritoniti parziali che possono determinare stenosi del tenue specie nella sua porzione terminale.

Periviscerití del carrefour inferiore. Possono riferirsi prima al cieco ptosico e fissato. L'esame radiologico sarà praticato almeno alla 9ª ora dalla ingestione del pasto opaco.

In posizione verticale il cieco apparirà come un cul di sacco nettamente più voluminoso che al normale senza contrazioni apparenti sotto l'influenza della palpazione. Questa fissazione del cieco sarà confermata in decubito dorsale o meglio in posizione di Trendelenburg. In questo caso il bassofondo cecale resterà fissato o subirà un semplice stiramento in lunghezza contemporaneamente al resto del colon ascendente. La mobilizzazione sarà impossibile e gli stiramenti susciteranno dolori più o meno vivi in corrispondenza di tutto il carrefour inferiore. Vi è sempre un ritardo nell'evacuazione che può persistere dopo la 10ª e anche 36ª ora dall'ingestione del pasto opaco.

Angolazioni e briglie di Lane. Questa lesione consiste in una inflessione a V rivoltato ad apertura inferiore più o meno larga della porzione terminale dell'ileo. L'esame radioscopico mette in evidenza una stasi ideale più o meno prolungata e una dilatazione delle ultime anse dell'ileo.

La membrana pericolica di Jachkson. Questa membrana è di origine per lo più congenita o secondaria a processi infiammatori e costituita nella maggior parte dei casi da un velo trasparente che si stacca facilmente dal colon ascendente. Questa membrana prende origine in fuori sul peritoneo parietale della fossa iliaca destra e si dirige più o meno obliquamente verso il colon ascendente. All'esame radiologico si nota: ritardo accentuato del riempimento del colon ascendente risultando così una stasi ileale accentuata. Si nota una fissità relativa del colon ascendente e dell'angolo destro.

Periviscerití del carrefour superiore.

1) *Pericoliti dell'angolo epatico.* In questo caso delle briglie possono unire l'angolo epatico sia al rene destro, al fegato, alla vescichetta biliare, al duodeno, al piloro. Radiologicamente si osserva in modo costante un rallentamento nella progressione del pasto opaco, con stasi cecale ed anche ideale, avendo per conseguenza una dilatazione del colon ascendente a monte della regione ristretta. Se esistono aderenze fra il colon e il fegato l'angolo destro seguirà il movimento del fegato nelle grandi ispirazioni. Nei casi di aderenze

dell'angolo epatico al piloro, al duodeno e nella faccia inferiore del fegato la individualizzazione di questi segmenti viscerali diverrà impossibile con la palpazione profonda e risveglierà dei dolori netti e ben localizzati.

2) *Accollamento del colon ascendente al colon trasverso* detto *a canna di fucile*. Questo accollamento può essere la conseguenza di membrane di Jachkson di peritiflocoliti infiammatorie come anche la conseguenza di propagazioni di periviscceriti del carrefour superiore.

E. Antoine distingue 4 tipi di tale deformazione: 1) canne di fucile spontaneamente riducibili in posizione coricata; 2) canne di fucili non spontaneamente riducibili, ma, colla palpazione, si possono separare facilmente; 3) canne di fucile riducibili; 4) canne di fucile riducibili dell'angolo epatico e dell'angolo splenico.

Periviisceriti del colon trasverso. Nel colon trasverso possiamo notare aderenze parziali con il grande epiploon. Esso assume un aspetto angoloso specialmente visibile nella posizione verticale. La palpazione in corrispondenza delle aderenze riesce per lo più dolorosa. La mobilizzazione è più o meno difficoltata ed il passaggio del pasto opaco subisce un ritardo più o meno notevole.

Fissazione del colon trasverso al pube. In questo caso gli angoli colici sono molto acuti e spesso si riscontrano aderenze colico-coliche. Si possono notare due casi. Il colon trasverso è accollato al pube con aderenze lievi oppure si notano aderenze irriducibili del colon trasverso con il pube. Accollamento a canne di fucile dell'angolo splenico. In questi casi i segni radiologici sono identici a quelli che si danno nell'accollamento dell'angolo epatico con questa differenza che la stasi stercoracea è frequentemente rimpiazzata dall'aerocolia che dilata i segmenti al punto da riempire quasi tutto l'ipocondrio sinistro, spostando così lo stomaco verso la linea mediana.

Perisigmoidite. L'ansa del sigma può prendere aderenze con i propri segmenti o con gli organi prossimiori. Per bene individualizzare la forma di quest'ansa bisogna praticare un lavaggio opaco e seguire la penetrazione del liquido sotto lo schermo radioscopico in posizione orizzontale. Spesso si riscontra che l'ansa si presenta ammassata. Altre volte si rileva come sia aderente all'ampolla rettale, alla tromba di sinistra, alla vescica, all'uretere sinistro. La palpazione per lo più riesce dolorosa. Il ritardo dell'evacuazione può andare al di là della 60ª ora.

Occlusione intestinale secondaria a periviscerite. Nei casi in cui delle briglie molto spesse inglobino un segmento dell'intestino può sopraggiungere una occlusione completa, ma è molto raro che ciò avvenga.

L'aerocolia consecutiva o concomitante può non poco esagerare le brusche angolazioni. Con un lavaggio opaco si potrà spesso trovare la sede dell'occlusione e, qualche volta, togliere anche l'ostacolo, dilatando il segmento colico a valle del risentimento.

T. LAURENTI.

RENI.

L'uremia.

(C. R. SCHLAYER. *Münchener med. Wochenschrift*, 11 giugno 1926).

L'uremia è attualmente l'oggetto di molte controversie sulla sua patogenesi e specialmente sulla questione se i differenti quadri clinici che si vedono nei malati renali e venivano un tempo tutti riuniti col nome di uremia, riconoscano in realtà un'unica causa. In verità, noi non abbiamo un concetto preciso dell'uremia, come non ne abbiamo un sintomo patognomonico, ma piuttosto una serie di sintomi, ognuno dei quali può avere diversi significati. Anche l'azoto residuo (o l'urea residua) nel sangue non ci fornisce alcuna misura in proposito, ed il veleno (od i veleni) propri dell'uremia sono tuttora da scoprire. Si è però fatto un progresso quando si riconobbe che nell'uremia si ha uno stato di forte acidosi nel sangue, che dipende in parte dalla incapacità dei reni malati a mantenere l'equilibrio degli ioni — la isoionia — ed in parte anche da acidi ignoti che penetrano nel sangue. Nell'insufficienza renale, poi, si trovano nel sangue delle sostanze aromatiche provenienti dall'intestino — i fenoli —, sostanze che compaiono soltanto nelle malattie renali croniche, ma non in quelle acute. Tutto ciò potrà portare in seguito a differenziazioni utili, ma per ora, nella pratica, è meglio attenersi al concetto clinico di uremia, il solo che ci possa guidare nella terapia.

Da un punto di vista pratico si deve anzitutto distinguere la vera uremia, quella tranquilla o cronica, che costituisce lo stadio finale di tutte le gravi malattie renali distruttive ed è connessa con la ritenzione di sostanze analoghe all'urea che però non sono le sole a dare i sintomi, come si dimostra per il fatto che, nell'uremia da legatura degli ureteri si ha un quadro clinico del tutto diverso.

La sintomatologia dell'uremia vera è molteplice. Come sintomi importanti per la diagnosi e per lo più precoci, sono da menzionarsi: la secchezza della pelle, l'odore particolare dell'alito ben riconoscibile da uno esercitato, l'insonnia, la cefalea posteriore, la sete e per lo più anche la mancanza di appetito. Al cattivo sapore che questi malati avvertono la mattina al risveglio,

si accompagnano il forte aumento dei reflessi fino al clono, i tremori muscolari, la forte contrattilità della muscolatura. Nel decorso ulteriore si hanno poi: inquietudine che va sempre crescendo e che viene interrotta da periodi di sopore sempre più profondo, respiro di Cheyne-Stokes e, spesso, anche di Kussmaul, polso sempre più frequente; raramente e verso il periodo finale, le convulsioni. Spesso si hanno sintomi oculari provenienti dalla retinite albuminurica. Oltre poi all'ipertonia, ipertrofia cardiaca, polso piccolo e duro, si hanno i sintomi dell'insufficienza renale, che assicurano la diagnosi: fissazione assoluta del peso specifico fra 1005 e 1012, spesso nicturia, oliguria, rispettivamente anuria, preceduta per settimane e mesi da poliuria; l'albumina è piuttosto scarsa, mentre si ha un aumento costante dell'azoto (dell'urea) residuo nel sangue e la presenza di altre sostanze da ritenzione (indacano, creatinina, ecc.).

La diagnosi dell'uremia confermata è quindi da ritenersi facile, non così quella dell'uremia iniziale, che verrà basata soprattutto sul dosamento dell'azoto residuo quando si tratti di malattia renale cronica. Più malagevole è invece il caso della glomerulonefrite acuta, in cui si ha da un lato il quadro della nefrite acuta, dall'altro quello dell'uremia convulsiva od eclamptica.

Come uremia convulsiva si considera quella forma che si manifesta improvvisamente con convulsioni senza concomitanti sintomi uremici. Spesso, anzi, le convulsioni si installano proprio nel momento della massima diuresi degli edemi. Si accompagnano invece altri fenomeni, quali l'amaurosi e le paralisi passeggere, specialmente dei nervi cerebrali, che vengono spiegate come angiospasmi cerebrali in conseguenza di un agente tossico di origine non renale. Sono più esposti a questa forma i giovani e gli individui neuropatici e specialmente le glomerulonefriti acute e croniche con edemi. La prognosi in questi casi è molto migliore che nell'uremia pura; l'unico pericolo è la morte per convulsioni che non è rara. La diagnosi è chiara soltanto quando si è sicuri che vi sia l'insufficienza renale; in caso di dubbio, si tratti il malato ugualmente con una severa restrizione di liquidi.

Un terzo quadro sintomatico si ha non raramente in individui con ipertonia, ipertrofia cardiaca, albuminuria e cilindruria. Si tratta di soggetti di 50-55 anni, in cui si manifestano stati di confusione mentale, con forte eccitazione. Si osservano inoltre insonnia, vertigini, eccitabilità, respiro di Cheyne-Stokes nel sonno e nella veglia; talora anche vomiti ed anche scintillio agli occhi, come nell'uremia vera. Il vomito però non ha, come in quest'ultima, un carattere tormentoso, ma è come un rigurgito senza malessere, come si vede anche nei vomiti cerebrali. La pelle non è secca, l'appetito è buono, non si ha l'odore uremico dell'alito, l'urea del sangue è poco o punto aumentata, mancano le alterazioni del fondo dell'occhio della retinite albuminurica; si hanno invece delle emorragie da sclerosi, un'aorta dilatata e palpabile, un polso ampio e tardo. In questi casi, il rene non è insufficiente; si ha oliguria, ma l'alto peso specifico dimostra che la eliminazione si fa bene. E, come la poliuria non può fare escludere un'uremia vera, l'oliguria non ne è una prova sicura. In questi casi si tratta di una sclerosi renale benigna che non comporta la prognosi grave dell'uremia vera, ma in cui sono da temere le complicazioni cerebrali.

La terapia.

Da quanto si è detto è chiaro che la terapia dell'uremia vera non può essere che sintomatica e che soltanto nella glomerulonefrite acuta si può sperare di vincere il processo e di arrivare alla guarigione. Ed i nostri mezzi sono limitati e di scarsa efficacia quando si tratti di uremia vera, che possiamo influenzare soltanto indirettamente per l'azione sul cuore, sugli edemi, sulla quantità di urina. È anzitutto importante la limitazione dei liquidi, come del resto si fa anche nella glomerulo-nefrite acuta, in cui però nello stadio finale, se esiste una buona capacità di concentrazione, si daranno abbondanti bevande.

Due questioni dietetiche dominano la terapia dell'uremia vera. In primo luogo, la dieta scarsa di azoto. Si deve però tener presente che tale dieta, quando si è installata l'uremia, non agisce più come curativa e che non vi è quindi alcun vantaggio ad affliggere il malato, che già si trova a dieta ipoclorurata e con scarsi liquidi, con una nuova restrizione. Molto più importante è la prescrizione di una dieta che assicuri una nutrizione alquanto scarsa e contemporaneamente agisca come diuretica. Ai giorni di cura lattea (in cui si deve restringere la quantità di questo ad un massimo di 800-1000 cmc.) si possono intercalare altri in cui si può concedere al malato anche una piccola bistecca ed un bicchiere di vino senza timore che questo porti del danno.

Di grande importanza per opporsi ad un'uremia minacciante è l'adatta prescrizione dei liquidi e con questa si può sperare di giovare al malato nei casi in cui domina la poliuria. Nè ci si deve impressionare dei possibili edemi che sono sempre meno pericolosi dell'uremia. Molto utili risultano i salassi abbondanti (di 4-800 cmc.) che possono ripetersi anche dopo 5-6 giorni e le infusioni, iniettando per la via delle vene la solu-

zione di glucosio al 33 od al 50 %. L'A. consiglia di usare le fiale già preparate da buone case produttrici e non già quelle preparate nelle farmacie che danno spesso brividi ed ematuria. L'azione di tali infusioni si manifesta specialmente nella retrocessione della sonnolenza e dei conati di vomito, ma dura soltanto uno o pochi giorni e non si può avere sempre.

In certe forme di uremia sono utili i diuretici ed i cardiaci, ma soprattutto sono necessari i narcotici, fra i quali l'A. sconsiglia la morfina e ne prescrive invece altri, del tipo del luminal. Per evitare però l'accumulo di tali sostanze nell'organismo è necessario intercalare delle pause fra le somministrazioni e darne sempre piccole dosi.

Sono sconsigliati i bagni eccitanti e saranno sufficienti per dare una certa calma i semplici impacchi alla temperatura del corpo.

Nella forma piuttosto rara dell'uremia convulsiva, il trattamento deve essere rivolto soprattutto agli edemi, con una adatta restrizione dei liquidi. Importante è in tal caso la profilassi; negli individui nervosi e giovani affetti da glomerulonefrite si vedrà di allontanare tutte le cause di eccitazione, di non procedere precipitosamente alla disidratazione facendola precedere dalla somministrazione di sedativi (bromuri in quantità di 2-4 g. al giorno). Secondo qualche autore è utile la puntura lombare. I sedativi devono essere dati in dosi più alte quando si sono già manifestati gli accessi; così il luminal sodico si darà a dosi di 15 cg., la scopolamina fino a 4-5/10 di mg. pericolosa può essere la morfina per la possibilità di arresto del respiro.

Il trattamento della terza forma di uremia, la pseudouremia nella sclerosi cerebrale con ipertonia, si confonde con quella della sclerosi renale benigna; la comparsa di fenomeni pseudouremici si previene con il salasso e con la restrizione dei liquidi, oltre ai medicamenti vaso-dilatatori ed ai sedativi. Se ciò nonostante si verificano i detti fenomeni, se ne può indurre una prognosi cattiva; si daranno allora forti sedativi e narcotici per via endomuscolare o sottocutanea; sono sconsigliabili le infusioni, mentre si potranno invece fare iniezioni endovenose di medicamenti vasodilatatori.

Per quanto riguarda la tecnica dell'alimentazione ipoazotata si deve anzitutto tener presente di escludere o di dare in quantità minime la carne (rossa e bianca!), il latte, le uova, il formaggio e le leguminose; ciò non è difficile tanto più che coesiste sempre la mancanza di appetito. Ma, al principio delle manifestazioni uremiche, i malati richiedono una dieta più « forte ». Ci si aiuterà in tali casi con dei farinacei cotti nel grasso o con « cotolette » di verdure fatte con rosso d'uovo, con insalate, con pane nero. Soprattutto importante è di intercalare ogni 2-4 giorni un giorno « buono » in cui si farà qualche concessione al malato, però precisando sempre le quantità degli alimenti permessi.

Importante è anche prevenire la sete nei malati renali; a tale scopo si proibiranno tutte le cose molto dolci ed anche le bevande alcooliche dolci ed i succhi di frutta, si eviterà la lavatura della bocca con acqua ghiacciata, consigliando invece l'infuso di salvia però da non inghiottirsi. Si daranno delle pasticche di menta non dolcificate, delle pallottoline di burro non salato e ghiacciato e, parecchie volte al giorno si faranno delle instillazioni nasali con olio di vaselina al 2-3 % di mentolo, che impedisce il disseccamento della mucosa. Fra le bevande ed i cibi che calmano la sete, sono da menzionasi il caffè nero, il succo di mele non raddolcito (entrambi da contarsi come liquidi) e le insalate verdi con aceto debole o succo di limone.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BONORINO-UDAONDO CARLO. *Estudios de Gastroenterologia*. Libreria « El Ateneo », Buenos-Ayres, 1926.

Il prof. Bonorino ha una esperienza e una reputazione già fatte, specialmente nel campo della patologia e clinica della digestione. I recenti *Estudios* riguardano temi di grande attualità, basano tutti su dati di esperienza personale, sono guidati da un sano criterio clinico: questo per il loro contenuto. Nella trattazione espongono con nettezza la tesi; svolgono argomenti quali le moderne conoscenze comportano; giungono con logica semplice ma severa a conclusioni di pratica medica. Lo stile è semplice, i periodi brevi, la parola precisa. Senza sforzo, e quindi con godimento, si leggono i capitoli di questo libro, nel quale trovano risposta molti problemi, come le achilie gastriche funzionali, l'ipercloridria e l'ulcera allo stomaco, il valore diagnostico delle insufficienze funzionali, le variazioni chimiche del contenuto gastrico frazionatamente estratto, la diagnosi radiologica delle ulcerazioni intestinali, le reazioni del sistema nervoso vegetativo nella litiasi biliare, la bilirubinemia; nel quale sono esposti con sobria chiarezza sintomi clinici importanti come gli edemi generalizzati nel cancro dello stomaco, le enteropatie luetiche, le algie della porzione ultima del colon.

Il prof. Bonorino in questi suoi studi ha raggiunto la perspicua chiarezza e la maturità di giudizio del clinico provetto. La patologia della digestione si arricchisce con questo libro di contributi preziosi.

V. ASCOLI.

J. A. RYLE. *Gastric function in health and disease.* Milford, 1926.

Questo volume fa parte delle pubblicazioni di attualità mediche edite dalla Oxford University.

L'A. segue il piano fondamentale, e certamente da più punti di vista utile, tenuto in parecchie delle opere della Oxford University di mettere cioè prima al corrente delle più importanti conoscenze sulle funzioni di un organo o sistema in condizioni normali, e poi di passare a descrivere le alterazioni funzionali che si determinano in molteplici circostanze morbose e nelle malattie particolari all'organo o apparato stesso.

Dopo un aggiornamento delle acquisizioni sulle funzioni normali dello stomaco, sui metodi clinici d'indagine e sui reperti più importanti e significativi, sono studiate in questo volume le alterazioni sensoriali, motorie e secretorie dello stomaco in condizioni patologiche. È fatta pochissima parte ai reperti radiologici ed è dato il maggiore sviluppo a tutto quanto si riferisce alle modificazioni della secrezione gastrica ed alla metodica del suo studio.

L'ultima parte del volume è dedicata alle dispepsie che vengono intese e trattate dall'A. non come malattie a sè, ma come sindromi morbose espressioni di disturbi riflessi a base di cui esistono cause varie e differenti siano esse di natura funzionale semplicemente od organica. L'A. fa delle dispepsie una classificazione che può servire di guida all'indagine diagnostica.

Le citazioni bibliografiche e nel testo sono quasi esclusivamente di AA. inglesi ed americani.

D. MASELLI.

V. PAUCHET, H. GAELINGER. *La constipation.* G. Doin éd. Paris. Fr. 30.

La costipazione è malattia, che si diffonde ogni giorno più, forse perchè oltre che ad altre cause, è legata ad una serie di condizioni sociali, che si accumulano, nella loro azione dannosa, coi progressi del vivere civile: questo genere di malati diventa una schiera interminabile, anche presso di noi, che la consideravamo nella sua forma più grave e più fastidiosa un appannaggio di razze determinate.

In base all'accurato studio di questo ultimo ventennio, una complessità etiologica, patogenetica, curativa attira l'attenzione di ogni medico sul problema; dinanzi ad un simile malato il medico non si può fermare ad una denominazione generica, ma deve cercarne le cause per prevenirle, per sopprimerle, per curarne gli effetti.

Con la collaborazione di un chirurgo, che tale argomento da tempo studia non arretrando dinanzi ad ogni audacia chirurgica (Pauchet), di un medico idrologo (Gaelinger), le conoscenze sulla stasi intestinale nelle sue varie forme nella sua molteplice patogenesi ed etiologia sono presentate al pubblico medico in maniera chiara, se pur complessa.

Per evitare che un aspetto grigio acquisti il malato dinanzi agli occhi del terapista e perchè invece la figura di ciascun malato acquisti nettezza di contorno, il libro va letto, va considerato, e tutte le provvidenze consigliate vanno tenute presenti. La costipazione destra e sinistra, la origine infettiva, le conseguenze d'ordine infettivo e tossico, la stasi intestinale cronica, la cura medica, idrominerale, chirurgica, tutti questi problemi sono trattati in maniera piana e da due competenti. Si potrà in non pochi punti dissentire dagli AA., ma si deve convenire che la loro opera è di grande utilità al medico, al chirurgo, costretti ogni giorno ad assistere questi malati, che vanno in pellegrinaggio da medico a medico, riportandone un senso di scoraggiamento dinanzi all'abituale disinteresse per un disturbo spesso non sufficientemente considerato nel suo valore. I medici pratici trarranno giovamento dalla lettura del libro, perchè essi vedranno impostati tutti i numerosi problemi legati all'infermità, spesso ignorati o trascurati.

T. PONTANO.

R. BENSAUDE. *Traité d'endoscopie recto-colique.* II ediz., Masson, 1926, 100 Fr.

La II ediz del trattato del dott. Bensaude appare, in confronto con la I, notevolmente modificata ed ampliata in tutte le sue parti.

Quasi ogni capitolo è stato aggiornato o rifatto e molti nuovi sono stati aggiunti. Assai istruttivo ed utile è il sistema spesso adottato dall'A. di porre, accanto ai disegni delle immagini endoscopiche, quelli dei reperti istologici corrispondenti ricavati dalle biopsie eseguite: l'interpretazione dell'immagine endoscopica risulta così chiaramente documentata.

Anche la terapia endoscopica trova sufficiente svolgimento in questo trattato venendo descritta la tecnica per l'asportazione di piccoli tumori, la cura locale delle ulcerazioni, delle rettocoliti, ecc.

Le figure a colori ed in nero di cui l'opera è ricca (il volume è di 180 pag. e contiene 115 figure nel testo e 99 tavole a colori ed in nero) sono molto belle e dimostrative. Il volume si chiude con un ampio indice bibliografico.

L'opera del dott. Bensaude può essere consultata con vera utilità sia da chi intenda iniziarsi in questo ormai così importante metodo d'indagine diagnostica, sia da chi, già pratico in endoscopia, voglia trarre profitto dalla larga esperienza di un A. che ha contribuito molto in Francia ed in Europa alla diffusione della retto-sigmoidoscopia di cui si è dimostrato ancora quest'anno, nelle conferenze tenute durante le giornate mediche di Parigi, un cultore valente ed un convinto sostenitore.

D. MASELLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

La V Conferenza dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi.

(Washington, 2 ottobre 1926).

Organizzazione della Conferenza.

L'Unione Internazionale contro la Tubercolosi, dopo essersi riunita negli anni precedenti a Parigi (1918), a Londra (1920), a Bruxelles (1922), a Losanna (1924), quest'anno ha varcato l'Oceano e s'è riunita in America, scegliendo a sede il più grande e suntuoso albergo di Washington.

La bella Capitale federale dell'America, sede della Casa Bianca e di tutte le Amministrazioni che regolano gli interessi di quarantotto Stati, di 130 milioni di abitanti della terra più ricca del mondo s'è rivelata veramente degna dell'alto consesso di tisiologi, di igienisti, sociologi, filantropi, che con passione inesausta dedicano tutta la propria attività per la lotta contro la tubercolosi.

Le autorità mediche americane, consapevoli degli alti doveri di ospitalità che incombono a cittadini di un paese civilissimo come l'America e della larga ripercussione che il Congresso cosmopolita avrebbe avuto in tutto il mondo, ha accolto gli ospiti con quella munifica generosità possibile soltanto nella potente Confederazione degli Stati Uniti. Paese ricco, ricchissimo, montagne piene di ferro e di carbone, foreste sterminate; produrre il massimo e consumare il massimo. Oh, felice America! Che oltre ai tesori della terra possiedi tutto l'oro della vecchia Europa. Ma che c'entra questa divagazione? Eccomi.

Non è possibile soggiornare in America senza pensare alla povertà di tutta Europa a confronto della prodigalità di questo Paese. Intendiamoci, non è questione di esaltarsi per l'America.

« Qui si può vivere anche senza ammirare ed esaltarsi per niente », ma non si può specie per chi è destinato a ritornare in Europa, non considerare gli sgomentevoli privilegi di questa porzione di umanità che ci riempiono di sincera sfiducia per il nostro avvenire, voglio dire per l'avvenire dell'Europa. Organizzazione perfetta sotto ogni punto di vista, discussioni pacate, nessun ordine del giorno, votazione unanime e vivo plauso da parte di tutti per la scelta di Roma a sede della VI Conferenza che avrà luogo nel settembre 1928, hanno costituito le note predominanti della Conferenza di Washington che ha riunito oltre mille partecipanti di tutte le Nazioni del mondo.

LA DELEGAZIONE ITALIANA. ROMA SEDE DELLA VI CONFERENZA.

La *Federazione Nazionale Italiana* contro la tubercolosi era rappresentata con grande dignità dal dott. Roatta, della Presidenza, dal prof. Ronzoni di Milano, dal prof. Pediconi del Governatorato di Roma e dal dott. Bocchetti, direttore del Sanatorio di Anzio. Inoltre c'erano anche quali rappresentanti aggiunti il prof. Benedetti di Roma ed il prof. Germano di Bari.

Il prof. RONZONI, che ha avuto l'alto onore di essere il primo relatore alla Conferenza, è stato vivamente applaudito; il suo successo nella trattazione dell'arduo argomento sulle « Origini dell'infezione tubercolare dello adulto » è stato veramente vibrante di sincerità da parte di tutti i rappresentanti americani e delle altre Nazioni. Alla discussione sull'argomento presero la parola RIST di Parigi, JAQUEROD di Leysin, LAWRASON BROWN di Saranac Lake, OPIE di Philadelphia, LOEWENSTEIN di Vienna, MAHER di New Haven, HARBITZ di Oslo, WEBB di Colorado. A tutti rispose brillantemente il prof. RONZONI con ricchezza di argomenti e documentazione di fatti. Il prof. RONZONI inoltre nel Congresso Nazionale americano che ha seguito l'internazionale, con una bella conferenza tradotta impeccabilmente dal dott. Antonio Stella di New York, che ha dato tanta sua attività e sagacia perchè la missione italiana svolgesse brillantemente il suo còmpito, ha illustrato la figura ed il metodo Forlanini. Un plauso entusiastico ha salutato la figura del grande maestro di Pavia allorchè essa è apparsa sullo schermo cinematografico nella sala affollata da numerosissimi rappresentanti di tutte le Nazioni del vecchio e nuovo mondo.

Hanno parlato anche il dott. ROATTA sulla lotta contro la tubercolosi che egli fa a Firenze, ed il prof. BENEDETTI sull'importanza della Scuola nella lotta preventiva contro la tubercolosi.

Il presidente della Conferenza THEOBALD SMITH, il prof. BERNARD, segretario generale dell'Unione, il dott. HUMBERT, segretario aggiunto e perfetto interprete, il dott. WILLIAMS, segretario della Conferenza, sono stati larghi di gentilezze e cortesie con tutta la missione italiana.

I LAVORI DELLA CONFERENZA.

Riassumo brevemente i lavori della Conferenza internazionale.

Origini dell'infezione tubercolare nell'adulto.

(Relazione del prof. GAETANO RONZONI, professore di Medicina all'Università di Milano).

L'osservazione clinica e le ricerche anatomiche dimostrano, in molti casi, che l'infezione tubercolare nell'adulto assume una forma latente, che solamente la cutereazione può metter in evidenza. Le ricerche di Ronzoni sopra individui dai venti ai quarant'anni l'hanno portato alla conclusione che la proporzione di casi latenti di tubercolosi è del trenta al quaranta per cento.

Tale media è inferiore a quella riportata da altri autori la cui media varia dal quarantacinque al cinquantacinque per cento. I casi di infezione latente compaiono generalmente al termine dell'adolescenza per aumentare man mano che ci avviciniamo all'età adulta. L'adulto affetto da tu-

bercolosi latente ha tutta l'apparenza di un individuo sano e normale e se ad un dato momento la malattia assume un andamento evolutivo si pensa trattarsi di un'infezione recente. Ma nell'adulto, l'apparire dei sintomi clinici della tubercolosi non può considerarsi come il risultato di un'infezione relativamente recente, salvo il caso se la malattia si produca in un soggetto sino allora indenne, come su un terreno vergine e fertile, condizione questa raramente verificabile nella nostra attuale civiltà. Quando la tubercolosi si impianta su un terreno vergine, questa può essere la condizione verificabile in soggetti provenienti da razze che non hanno ancora sofferto tale malattia ed allora l'evoluzione inizia e progredisce con tutti i caratteri di un'infezione recente.

Quantunque tutte le statistiche menzionino un certo numero di casi che sembrano refrattari all'infezione tubercolare, noi, pure, non possiamo ammettere l'esistenza di una immunità naturale in tali soggetti. Infatti, allo stato attuale delle nostre cognizioni, specialmente se si considerino le circostanze della vita sociale attuale, sembra difficile ammettere l'esistenza di individui nei quali il bacillo tubercolare non penetri sia per via polmonare sia per via orale. Il risultato di ricerche sperimentali permette concludere che l'infezione tubercolare benigna nell'infanzia (non le infezioni tubercolari ripetute) conferisce all'organismo la resistenza sufficiente per difendersi dalle reinfezioni tubercolari susseguenti, gravi e pregressive. L'animale che in tali condizioni, soggiace più tardi ad infezioni tubercolari massive e ripetute, dimostra la sua resistenza con la formazione di lesioni tubercolari locali presto suppuranti. Tali reazioni si osservano qualunque sia la porta d'ingresso della reinfezione. Ma dobbiamo ricordarci che nei casi in cui la reinfezione si produce per inalazione, è necessaria una tale dose di bacillo tubercolare, quale non è facile trovare nella vita ordinaria. La super-infezione esogena deve essere considerata, dal punto di vista sperimentale, come meno semplice e meno comune dell'altra forma.

Dal punto di vista anatomico una serie di fatti tendono a provare la super-infezione polmonare tubercolare endogena nell'adulto, con prove indiscutibili. Tuttavia, questi fatti non provano punto che l'infezione tubercolare nell'adulto si produca sempre con questo meccanismo. Dati di valore indiscutibili ci costringono ad ammettere in alcuni casi, la possibilità della super-infezione esogena.

Ammettendo queste due modalità patogenetiche, l'anatomia patologica non possiede ancora gli elementi necessari per determinare quale delle due sia la più frequente ed in quali proporzioni. La clinica e l'anatomia patologica dimostrano che le lesioni tubercolari consecutive ad una infezione primaria, sono spesso lontanissime dallo stato strettamente latente: questo studio dimostra egualmente che in un numero elevato di casi la tubercolosi nell'adulto è la manifestazione più o meno tardiva è più o meno violenta, di un'infezione preesistente contratta il più delle volte nell'infanzia. La tubercolosi progressiva dell'adulto, prodotto di una tubercolosi latente (principalmente del polmone) è considerata come funzione della super-infezione. Tale super-infezione può trarre le sue origini o dalla riattivazione di vecchi focolai di lesioni tubercolari o da una infezione di origine esogena. La super-infezione endogena può considerarsi come predominante nella maggior parte dei casi di tubercolosi extra-polmonari, per processi metastatici provenienti da un vecchio focolaio riattivato. Per quanto riguarda la tubercolosi polmonare, le osservazioni sperimentali, cliniche, anatomiche, e lo studio di statistiche, permettono concludere che la super-infezione endogena deve considerarsi come il fattore predominante se non unico, sia della riattivazione di vecchie lesioni, sia della mobilizzazione e della messa in circolo di bacilli contenuti in dette lesioni. Ma, se la super-infezione esogena non può essere accettata come la regola nella patogenesi dell'infezione polmonare nell'adulto, essa non può d'altra parte, essere del tutto legata. Nel cinquantadue per cento di casi, Ronzoni ha potuto dimostrare l'esistenza di una tubercolosi polmonare di vecchia data allo stato latente, e nel trentasei per cento di tali casi un periodo di sorveglianza lungo gli ha permesso di osservare il comparire di lesioni progressive. Egli classifica nel modo seguente le forme cliniche osservate:

1) Lesioni pleuro-corticali disseminate, generalmente caratterizzate da pregressioni locali a stadi.

2) Focolai di consolidamento pleuro-corticale. Questi sono localizzati principalmente nelle regioni sopra ed infra-spinose, specie a destra, e presentano le stesse caratteristiche di progressione della classificazione precedente.

3) Consolidamento sotto-clavicolare del tipo interstiziale, situato principalmente nel punto di mezzo di questa regione.

4) Focolai disseminati dell'apice e sotto-apicali, del tipo bronco-alveolitico, presentanti sintomi vari secondo la gravità dei casi, la durata di questi sintomi ecc.

Le direttive fondamentali pratiche, che noi possiamo dedurre sono le seguenti: La profilassi antitubercolare deve applicarsi principalmente a difesa dell'infanzia, perchè l'infanzia è l'età più vulnerabile. La protezione profilattica e la vaccinazione antitubercolare del fanciullo sono i mezzi pratici più efficaci da impiegare contro l'infezione tubercolare nell'adulto. La difesa profilattica moderna deve egualmente essere diretta contro le super-infezioni endogene e contro le reinfezioni. Allo stato attuale delle nostre conoscenze siamo obbligati ad ammettere senza restrizioni la possibilità dell'infezione primaria durante l'età adulta. È necessario conseguentemente, applicare con convinzione e rigore tutte le misure difensive proposte e riconosciute capaci di soggiogare l'infezione tubercolare.

La diagnosi precoce dell'infezione tubercolare per mezzo della clinica e dei dispensarii è considerata come uno dei punti cardinali della difesa.

(Continua).

III Congresso della Società Italiana di Oftalmologia.

Roma - 14-16 ottobre 1926.

Si è adunato nell'aula della Clinica Oculistica di Roma. Nella seduta inaugurale vennero pronunziati i discorsi d'occasione e annunziato il conferimento di varî premi, di cui demmo già notizia.

*
* *

Dalla relazione del prof. CATTANEO sul tema ufficiale (*Gli effetti delle cure mediche negli opacamenti del cristallino*), basata su numerose ricerche sperimentali e cliniche, controllate con riproduzione del disegno della opacità prima e dopo la cura, e dalle osservazioni degli altri oratori è risultato che, pur potendosi ottenere transitori miglioramenti però subiettivi, non è possibile con le cure mediche ottenere la scomparsa della opacità della lente cristallina e quindi come conclusione fu votato dall'assemblea ad unanimità l'ordine del giorno seguente: « La Società Italiana di Oftalmologia dopo esauriente discussione riconferma l'ordine del giorno votato l'anno scorso e cioè che, allo stato attuale, la guarigione della cataratta si può ottenere soltanto mediante la operazione ».

Furono fatte varie comunicazioni, tra cui segnaliamo le seguenti:

Il prof. HORNIKER, illustrò ampiamente la patogenesi di *Una forma di retinite centrale di origine vaso-neurotica*. Con questa comunicazione viene aperto un nuovo campo di studi clinici dell'angiopatia oculare in rapporto al sistema nervoso.

Il prof. MAGGIORE riferì i risultati, quasi sperimentali, del suo studio *Sulla circolazione arteriosa della retina*. Dimostrò le ragioni circolatorie per le quali si hanno piccole isole di retina funzionante nella occlusione dell'arteria centrale.

Il prof. CALDERARO riferì *Su due casi di bottone d'Oriente palpebrali*, illustrando una forma rarissima nel campo oftalmologico ed indicando i mezzi come riconoscerla e come guarirla.

Il prof. ROSICA parlò *Delle anomalie del senso visivo nei pittori*, facendo una brillante rassegna dei principali pittori, che furono celebri oltre che per l'arte loro, anche per qualche difetto visivo (strabismo, miopia, ipermetropia, ecc.).

Il dott. SANGUINETTI portò un contributo sull'utilità dei *Raggi ultravioletti in terapia oculare*.

Il prof. ANGELUCCI, basandosi su rilievi fatti nei bambini degli asili di Napoli, dimostrata la necessità della istituzione di bagni termali gratuiti per la prima infanzia, colpita da diatesi essudativa con forme cutanee, linfatiche e oculari, propose la nomina di un Commissione per sollecitare le superiori Autorità competenti a facilitare la esecuzione di questi desiderata. L'assemblea ad unanimità consentì nelle idee dell'oratore e chiamò a far parte di detta Commissione i professori ANGELUCCI, CIRINCIONE e on. CUCCO.

Il prof. SCIMENI fece rilevare che l'Associazione Oftalmologica Italiana deve preoccuparsi degli esami di Stato per la parte che riguarda l'oculistica, non essendo possibile pretendere dai candidati tutto il programma dell'oftalmologia. L'assemblea consente.

*
* *

Per l'anno 1927 la Società It. d'Oft. assegnerà i seguenti premi:

1. Premio internazionale prof. Cirincione di L. 20.000 e due grandi medaglie d'oro come 2° e 3° premio. — 2. Premio nazionale Cidonio di L. 7000. — 3. Premio per la Geografia del tracoma congiuntivale, L. 5000. — 4. Premio Vincentini di Chieti, L. 2000. — 5. Premio degli Annali d'Oftalmologia, L. 1000. — 6. Premio prof. Cozzoli (oculista in Chieti), L. 1000. — 7. Premio prof. Valenti (oculista in Roma), L. 1000. — 8. Premio prof. Pansini (oculista in Lecce), Lire 1000. — 9. Premio dott. Civetta (oculista in Foggia), L. 1000. — 10. Due grandi medaglie d'oro di L. 1000 ciascuna da assegnarsi ai migliori lavori comunicati al Congresso d'ott. del 1927. — 11. Premio prof. Colangeli (oculista in Roma) di L. 2.500 al lavoro o gruppi di lavori sugli effetti della cura medica della cataratta (da assegnarsi nell'ottobre 1928).

R.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 25 luglio 1926.

Presidenza: prof. GIUSEPPE PIANESE, pres.

Vitamine e mezzi di conservazione degli alimenti.

Prof. DANTE DE BLASI. — Essendo stato emesso il dubbio che l'aggiunta di antisettici alle conserve alimentari possa distruggere od alterare le vitamine, ha istituito ricerche per vedere se uno degli antisettici più adoperati, l'acido benzoico, abbia azione antivitaminica. In tutte le esperienze condotte su cavie e piccioni, si è osservato che l'acido benzoico 1 % non intacca le vitamine della crusca, del cavolo, del trifoglio e neppure le scarse vitamine dell'avena.

Su alcuni fattori modificanti la capacità di produrre anticorpi negli animali.

Prof. DANTE DE BLASI. — Riferisce su di un gruppo di esperienze iniziate con lo scopo di studiare il meccanismo di produzione degli anticorpi negli animali immunizzati con antigeni diversi e sottoposti contemporaneamente all'azione di sostanze ben definite o in altri stati abnormi. I risultati ottenuti si possono così riassumere:

1) Aumento del potere agglutinante nel siero di conigli trattati con antigene tifico e pilocarpina; diminuzione in quelli trattati con antigene tifico e atropina. (Ascione).

2) Diminuzione del potere agglutinante antitifico ed anticolerico in conigli morfinizzati, trattati con i rispettivi antigeni. (Puca).

3) Diminuzione del potere emolitico su conigli a dieta devitaminizzata; aumento del potere agglutinante battericida e batteriotropico in animali trattati con antigene tifico e lattalbumina. (Ascione).

4) Diminuzione del potere agglutinante in piccioni tenuti a riso brillato e trattati con bacillo tifico. (Marinelli).

5) Nel siero di conigli stiroidati e trattati con antigene tifico aumenta il potere agglutinante; in quelli trattati con antigene stafilococcico diminuisce il potere batteriotropico. (Mazzeo).

Sulla genesi e funzione delle cellule interstiziali e luteiniche dell'ovaio e di quelle interstiziali del testicolo.

Dott. MATTEO TESTA. — Ho praticato il metodo delle iniezioni di colore intra vitam su cavie, conigli e cani per studiare la genesi degli elementi interstiziali e luteinici dell'ovaio e di quelli interstiziali del testicolo. Ho avuto anche opportunità di osservare vari corpi lutei di donne in vari periodi della gravidanza.

Nell'atresia del follicolo ovarico mentre gli elementi della granulosa si colorano più o meno diffusamente col colore iniettato in vita, presentando ancora tutte le note di elementi in degenerazione grassa o ialina, le cellule interstiziali invece si moltiplicano attivamente e invadono la cavità del follicolo, caricandosi di materiali grassosi e di granuli di sostanza colorante, onde appare evidente la loro natura connettivale. La loro funzione parrebbe essere quella di fagocitare i materiali provenienti dalla regressione degli elementi germinali, di scinderli e di metterli di nuovo in circolo a tutto beneficio dell'economia organica.

Le cellule luteiniche invece, mentre nella seconda metà della gravidanza e nel puerperio mostrano tutte le caratteristiche di elementi in lipoidosi, nei primi tempi della gestazione non si presentano mai colorate col colore iniettato in vita ed hanno il protoplasma con aspetto assai diverso nei singoli elementi: chè in alcune si mostra omogeneo, in altre è finemente granuloso e cosparso di sottili vacuoli intorno ai quali si raggruppano più o meno numerosi granuli di cromolipoidi, in altri infine presenta grossi vacuoli (3-4 al massimo) spostati verso la periferia dell'elemento cellulare e cromolipoidi raggruppati nella parte perinucleare; onde parrebbe che i vari aspetti costituiscano tre fasi diverse della funzione secretiva delle cellule, e che il primo rappresenti lo stadio di riposo. Traggono, pertanto, origine dagli elementi della granulosa, dei quali nella prima metà della gravidanza continuano l'attività secretiva. Sulla natura chimica dell'ormone da esse secreto non oso pronunziarmi. Parrebbe però che l'accumularsi di grasso, lipoidi, ecc. in essa sia espressione di un fenomeno di lipofanerosi.

Le cellule interstiziali del testicolo, avendo notato come esse prendano parte attivissima nella costituzione del tessuto di granulazione nelle ferite asettiche sperimentali dell'organo, penso che siano di natura connettivale. Per molteplici ragioni, tra cui principalissima quella che i cristalloidi proteici, che anche in condizioni fisiologiche in esse si riscontrano, trarrebbero origine per alcuni autori ed anche per me da processi regressivi di elementi spermatici, parrebbe che la loro funzione sia quella di fagocitare i prodotti eliminati dagli elementi germinali nelle varie fasi di loro maturazione, di scinderli e di immetterli di nuovo in circolo.

Per cui appare verosimile l'ipotesi di STIEVE e CHAMP, che tendono ad attribuire ai prodotti della regressione e del metabolismo delle cellule germinali l'azione ormonica morfogenetica.

La conservazione degli occhi e della visione già compromessi per flogosi consecutive a schegge di ferro penetrate negli occhi, mercè iniezioni di autosangue.

Prof. ARNALDO ANGELUCCI. — Espone i risultati favorevoli ottenuti, con rapido riassorbimento del sangue stravasato e guarigione del processo flogistico.

A. CHISTONI.

Rammentiamo l'importante opera:

Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze - Medico principale nelle Ferrovie di Stato.

La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge

(AD USO DEI MEDICI PRATICI)
Seconda edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata.

Un grosso volume di pagine XXIV-1004, nitidamente stampato su carta distinta ed artisticamente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **80**, più le spese postali di spedizione, che agli abbonati è concesso pagare in due rate di L. **40** ciascuna, la prima subito e la seconda alla distanza di tre mesi. Al ricevimento della prima rata di L. **40** si spedisce il volume in pacco postale a porto dovuto.

Coloro che desiderano ottenerlo per sole L. **70** e risparmiare anche la spesa del pacco postale debbono inviare subito Vaglia Postale o Bancario da L. **70** all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - ROMA e lo riceveranno immediatamente franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La spondilite melitococcica.

Fra le localizzazioni della febbre di Malta, le manifestazioni articolari sono frequenti: 30-40 per cento secondo alcuni, nella totalità secondo altri. La localizzazione si osserva più spesso alla spalla, al ginocchio, alla caviglia; in un terzo dei casi all'articolazione sacroiliaca.

Oltre alla localizzazione paravertebrale, H. Roger (*La Presse médicale*, 24 luglio 1926) segnala la localizzazione puramente vertebrale, per lo più lombare di intensità tale da meritare realmente il nome di spondilite melitococcica. Un caso di osteite simulante il morbo di Pott è stato segnalato da Cignozzi. L'A. basa il suo studio sull'osservazione di 5 casi personali.

Sintomi capitali sono il dolore e la rigidità vertebrale. Il dolore va gradatamente crescendo d'intensità fino ad immobilizzare il malato in letto ed a strappare delle grida ad uomini non pusillanimi. Ha il suo massimo alla regione lombare, con irradiazioni alle natiche e, più raramente, agli inguini.

Assai notevole è la rigidità per la quale il rachide lombare si sposta tutto d'un pezzo e l'insellatura lombare è sostituita da una colonna rigida, con sporgenza delle masse sacrolombari in stato di contrazione. La radiografia non mostra lesioni vertebrali serie.

Tale spondilite, come quella tifosa, ha risentimenti nervosi: irritazione dei funicoli, irritazione piramidale, lieve impotenza degli arti inferiori, esagerazione dei reflessi rotulei, vivacità di quelli delle natiche, diminuzione del reflesso cremasterico. Mancano atrofie muscolari e contrazioni fibrillari. Il liquor presenta alterazioni variabili (iperalbuminosi, dissociazione albumino-citologica); manca in esso la reazione delle agglutinine.

L'evoluzione della spondilite melitococcica è abbastanza lunga e prolunga di altri 2-7 mesi la malattia. Poco per volta la lombalgia diminuisce d'intensità, mentre rimane ancora la rigidità che, a sua volta si attenua e finisce con lo scomparire. Qualche volta, con la localizzazione lombare, si ha quella cervicale, con leggero dolore.

La diagnosi è il più spesso abbastanza facile quando si manifesta durante il decorso della febbre di Malta. Più difficile è invece quando la spondilite è il primo sintoma, oppure nelle forme fruste o nei paesi dove l'infezione melitense è rara. Allora si pensa ad una spondilite tifosa, ad un morbo di Pott o ad attacchi di reumatismo vertebrale. La prima ha un inizio più brusco e dà un leggero grado di cifosi; la radiografia mostra un opacamento e talora una diminuzione di altezza del disco intervertebrale; la sieroreazione è positiva a 1/400-1/500. Per quanto riguarda il morbo di Pott, si deve tener presente che esso può anche presentarsi in un melitococcico. Delicata è la diagnosi con il reumatismo vertebrale; la coesistenza degli attacchi febbrili, dei sudori e le ricerche di laboratorio saranno in tal caso di sussidio.

Per il trattamento si useranno i vaccini; buoni effetti sul dolore sono stati osservati con i vaccini iodati. Anche la immobilizzazione in una doccia ha un effetto antalgico dei più netti. Potrà essere utilizzata l'iniezione epidurale di lipiodol.

fil.

Osteomielite acuta della colonna vertebrale.

K. Brown nell'*Edimburgh Med. Journal*, 1924, p. 360, riferisce due casi, accaduti in due ragazzi, iniziati con dolore alle regioni lombari, estese poi ad un'anca e al relativo arto inferiore. In uno dei ragazzi il dolore insorse improvvisamente ed il paziente cadde a terra mentre giocava. Seguì poi una tumefazione lombare fluttuante, febbre, stato infettivo.

L'incisione degli ascessi diede esito a pus da cui si coltivò lo stafilococco aureo, e a pezzetti di osso necrosato. I pazienti guarirono. L'A. ricorda che l'osteomielite acuta delle vertebre colpisce per lo più i ragazzi, e la causa abituale è lo stafilococco. Nei precedenti immediati, o anche non molto recenti, si trova spesso un focolaio suppurativo o un trauma locale. La malattia è mortale nel 60 % dei casi.

Più grave è la lesione dei corpi vertebrali che quella degli archi: un evento assai grave è l'avanzarsi del pus verso il midollo, meno pericoloso l'avanzarsi verso la superficie sotto forma di ascesso. Più frequentemente è preso il tratto lombare, meno il dorsale, meno ancora il cervicale. L'inizio consueto è con dolore improvviso, che può diffondersi a un arto, e febbre. Talora prevalgono i fenomeni locali (dolore, rigidità), talora i fenomeni a carico della fossa iliaca destra, talora i fenomeni d'infezione generale: si comprendono le diagnosi differenziali che bisogna proporsi, affezioni tifose, appendicite, meningite, nevralgie e nevriti. Talora i primi sintomi sono a carico della vescica.

I raggi X servono poco alla diagnosi nei primissimi giorni: in seguito si notano segni di osteoporosi.

La cura consiste nel mettere allo scoperto il

focolaio, nel drenaggio, e nell'asportazione dei sequestri. Occorre pure drenare le raccolte purulente che si fossero formate nelle vicinanze, ad es., intorno allo psoas o ad altri muscoli.

DORIA

L'artrosinovite sifilitica.

Ne riporta un caso G. Soleri (*Giorn. di med. militare*, 1926, n. 10), in un individuo di 24 anni, ammalatosi con dolori e tumefazione alle articolazioni del ginocchio e del polso di sinistra. All'esame obbiettivo si riscontravano le dette articolazioni tumefatte ed alla palpazione si avvertiva soltanto senso di pastosità, ma non fluttuazione. Il riposo e la somministrazione di salicilato di sodio rimasero senza risultato.

L'A. esclude la semplice sinovite, per la diffusione del processo ai tessuti vicini e così pure le forme articolari acute, per il decorso. Da escludersi pure la forma gonococcica (subacuta o cronica) per la negatività dell'esame dell'uretra, l'artrite deformante e l'artrosinovite cronica sierosa vegetante, o proliferante. Per l'artrosinovite cronica semplice mancava l'idrartro e vi era invece il dolore che in questa è quasi nullo; mancavano pure i caratteri dell'artrosinovite tubercolare (età infantile, insorgenza cronica, insidiosa, antecedenti personali e familiari, ingrossamento dei capi ossei, decadimento dell'organismo). Non rimaneva quindi che l'artrosinovite sifilitica, sebbene il paziente negasse di avere avuto sifilide. La presenza però di micropoliadenia biinguinale, epitrocleare e laterocervicale fece sospettare l'infezione sifilitica. E, di fatto, il trattamento, dapprima con iodio per bocca e pomata iodo-iodurata localmente, e poi con neosalvarsan, fecero rapidamente scomparire i fenomeni, migliorando anche le condizioni generali.

L'A. consiglia quindi di procedere sempre, in ogni caso, ad un esame completo di tutto l'organismo e di non prestare fede cieca alle asserzioni del paziente, tanto più che la lesione sifilitica primitiva può passare inosservata per topografia, per entità e per durata.

fil.

Contributo allo studio della sifilide traumatica delle ossa e dei tegumenti.

In un notevole lavoro Clément Simon (*Acta dermato-venereologica*, Stockholm, 1926, vol. VII, fasc. I) studia questo importante argomento da ogni punto di vista e riassumendo in ordine cronologico le osservazioni cliniche pubblicate dalla guerra in poi, fra cui quelle di Vignolo-Lutati e di Pasini, le teorie del quale sulla patogenesi della sifilide traumatica sono largamente discusse e commentate.

Secondo il Simon la sifilide traumatica cutanea od ossea esiste ma è assai rara.

Clinicamente essa si manifesta con delle lesioni del tipo terziario, più spesso ulcerose o gommose, più di rado nodulari o nodulo-squamose.

I casi di sifilide traumatica possono essere classificati nei seguenti gruppi: sifilidi post-traumatiche propriamente dette; ritardo nella guarigione di piaghe; pseudo-artrosi; sifilidi consecutive a piccoli traumatismi ripetuti; lesioni ossee senza sifilidi cutanee; sifilidi consecutive ad iniezioni medicamentose; sifilidi che evolvono a livello di un punto traumatizzato anteriormente alla infezione sifilitica.

L'apparizione di manifestazioni sifilitiche a livello di un punto traumatizzato può spiegarsi con la messa in libertà di un focolaio di treponemi avente sede, il più delle volte, nell'osso sottostante e traumatizzato esso pure: ipotesi questa confortata da fatti clinici e sperimentali. Questi focolai latenti di treponemi possono d'altra parte, per quanto più di rado, esistere nei focolai infiammatori che residuano dopo lesioni cutanee cicatrizzate. Questa ipotesi spiega la rarità della sifilide traumatica come pure il fatto che, nello stesso malato, dei traumatismi multipli non provocano che una sola lesione specifica.

Sembra peraltro che esistano delle manifestazioni sifilitiche consecutive a traumatismi esercitatisi su dei punti indenni da focolai sifilitici. Secondo Pasini questi fatti troverebbero la loro spiegazione in una diminuita immunità locale.

V. MONTESANO.

La malattia di Still.

H. Strauss (*Med. Klinik*, n. 33, 1926) descrive un caso di malattia di Still in un paziente di 17 anni, che presentava caratteristici ingrossamenti e irrigidimenti articolari (ai ginocchi, ai gomiti, alla colonna vertebrale), tumefazioni glandolari multiple e ingrossamento della milza e pericardite e pleurite. Morte per broncopolmonite. L'emocoltura eseguita durante la vita e di nuovo subito dopo la morte diede esito negativo. L'esame radiologico delle articolazioni dimostrò alterazioni distruttive all'articolazione dell'alluce sinistro e del braccio sinistro.

L'autopsia dimostrò una lieve usura dell'articolazione del ginocchio destro, notevoli alterazioni distruttive cartilaginee ed ossee all'articolazione dell'alluce e braccio di sinistra senza notevoli alterazioni della capsula articolare e della sinoviale. Non si trovano descritti nella letteratura casi caratterizzati da così gravi distruzioni cartilaginee ed ossee articolari; Still stesso parla soltanto di un caso di usura dell'articolazione. È

interessante che la tumefazione glandolare interessava anche le glandole profonde, bronchiali. Anche negli altri casi di malattia di Still è descritta una pericardite adesiva e in molti casi anche una pleurite cronica; dunque una polisierosite.

La cura è poco efficace, talvolta si ottengono miglioramenti con la proteinoterapia. Guarigione vera (osservata per 10 anni) si è ottenuta in un solo caso; in molti casi invece si ottengono remissioni anche lunghe.

POLLITZER.

Tendinite e peritendinite reumatica.

V. Chlumsky (*Zeit. f. orthop. Gesellschaft*, 1926) descrive l'affezione reumatica interessante i tendini e le loro diramazioni, facendo speciale menzione dell'omartrite in cui talvolta l'articolazione è completamente libera e solo alcuni tendini, specie quello del capo lungo del bicipite, sono affetti. Si notano ingrossamenti lineari dolorosi, che inibiscono i moviment articolari. Affezioni analoghe si sogliono riscontrare nella regione dorsale del piede in prossimità dei malleoli.

L'A. descrive un caso nel quale insieme con un'alta febbre quasi tutti i tendini erano dolenti e tumefatti. Le tumefazioni, che contenevano sierosità lungo i tendini lunghi, scomparivano con il trattamento, ma ricomparivano poi repentinamente in seguito a lieve sforzo, ciò che avveniva spesso nella regione della mano. Anche i nodi reumatici, i quali però non apportano nessuna alterazione, neanche microscopica, alle masse muscolari, possono interpetrarsi come infiammazioni reumatiche dei tendini.

Come sorgente d'infezione per le estremità inferiori, si incolpano le calzature. Il portare a lungo le scarpe senza l'opportuna igiene determina le condizioni favorevoli per l'attecchimento dei germi i quali, per lievi escoriazioni, possono entrare in circolo. Per gli arti superiori l'affezione si nota specialmente negli individui che maneggiano delle sostanze chimiche, capaci di dare soluzioni di continuo nella cute delle mani ed aprire così la via all'invasione batterica.

fil.

Contributo alla roentgenterapia della tubercolosi chirurgica.

Siedamgrotzky (*Archiv f. Klin. Chir.*, vol. 139, pag. 114, a. 1926) ricorda come prima della guerra la cura della tubercolosi chirurgica era essenzialmente una cura cruenta. Ciò portava di conseguenza una prognosi meno fausta; sia per la mortalità postoperatoria che per le frequenti infezioni secondarie, sia anche in riguardo all'esito locale; chè spesso ne residuavano fistole, cicatrici deturpanti. Infine le recidive erano frequenti e a seconda delle statistiche, rappresentavano il 13.3-48 per cento.

La roentgenterapia ha, invece, una prognosi di gran lunga migliore.

L'A., della clinica chirurgica di Berlino, usa dosi molto forti che possiedono una azione distruente energica sul tessuto di granulazione. I dati sono: 30 cm. di distanza focale, 3 mm. di alluminio, 170-180 K. V. e 2 1/2 M. A., la dose corrisponde a circa 30-50 % di H. E. D. (dose eritema). Talvolta è sufficente una unica irradiazione, una seconda seduta è praticata dopo 8-10 settimane, raramente ne occorre una terza. Esistono dei casi in cui è utile di ricorrere a piccoli interventi sussidiari, così, quando vi sono fistole con resti caseosi, è meglio premettere uno scucchiaiamento.

Vennero trattati 730 casi. Di questi 600 erano linfadeniti tubercolari. Come regola, vale di irradiare sempre una superficie estesa, anche se la lesione è limitata. Furono potuti seguire esattamente anche dopo la cura 360 casi in cui le lesioni erano in diverso periodo di evoluzione. Si ebbero 306 guarigioni, 52 miglioramenti; solo due casi non risentirono affatto dalla cura. La media delle irradiazioni fu di due sedute. Si ebbero 4 recidive.

Le fistole tubercolari postoperatorie degli ureteri, dei vasi deferenti guarirono nel 100 % dei casi.

5 casi di tubercolosi epididimaria non trattati chirurgicamente, non risentirono nessun vantaggio dalla radioterapia.

11 casi di tubercolosi delle guaine tendinee guarirono tutti.

5 casi di tubercolosi peritoneale: 4 guariti, 1 morto.

Per quanto riguarda la tubercolosi ossea si hanno i seguenti dati: spina ventosa, 11 casi, guarigione dopo 2-3 irradiazioni; tubercolosi articolari: risultati incerti.

In base alla sua esperienza crede di poter venire a queste conclusioni: la roentgenterapia è il metodo di scelta per le linfadeniti, la spina ventosa, le fistole postoperatorie.

Nella tubercolosi delle ossa spugnose e delle piccole articolazioni serve come un sussidio terapeutico da associare alle altre cure.

È inutile irradiare quando si tratta di tubercolosi delle grandi articolazioni.

VALDONI.

IGIENE.

La profilassi della febbre tifoide e la ricerca dei portatori.

I casi di febbre tifoide che hanno serpeggiato, ed in qualche luogo anche spesseggiato in diversi comuni in questo scorcio di anno, hanno indotto la Direzione Generale della Sanità Pubblica a prendere dei seri provvedimenti, più che per fronteggiare la diffusione dell'epidemia ormai sul declinare, per impedire il suo ripetersi nell'avvenire. Oltre che le misure dettate con la circolare ai Prefetti (n. 20300.2) vale a dimostrare l'intendimento di una lotta ad oltranza contro la febbre tifoide il recente Decreto-Legge che arditamente prescrive la vaccinazione antitifica in diversi casi e determinate categorie di persone, con la facoltà di renderla obbligatoria anche per le comunità in certe circostanze. Ed ho detto arditamente perchè non mi consta che in altri paesi sia ancora stata imposta per legge in tutto lo Stato, sicchè questa decisione segna un passo in avanti che l'Italia fa per il sempre crescente miglioramento delle sue condizioni sanitarie.

Non sono ancora note le modalità d'applicazione della legge, ma certamente l'averla emanata implica, oltre ad una grande fiducia nell'efficacia, la sicurezza che trattisi di un procedimento innocuo. E su quest'ultimo punto è lecito qualche dubbio se si tratta di iniezione sottocutanea nella pratica generale. Sono noti gli inconvenienti verificatisi in seguito alla vaccinazione antitifica durante la guerra, sebbene i soggetti inoculati fossero nella massima parte giovani robusti. Ad ogni modo, sull'efficacia e sull'innocuità la predetta Direzione Generale di Sanità ha insistito anche nella circolare sopra citata, ciò che dimostra che è in possesso di elementi probativi. Del resto, tutte le cose nuove hanno sempre incontrato al loro sorgere qualche dubbio che poi la pratica può dissipare.

Un punto però che (salvo le particolari circostanze del manifestarsi dell'epidemia in collettività ed aggregati) mi sembra ancor più importante che la vaccinazione, e che da noi non è ancora stato considerato a dovere, è la ricerca dei portatori, che sono il vero anello che ricollega le epidemie e che spiega il persistere dell'endemia. La grande importanza dei portatori è stata riconosciuta altrove e specialmente agli Stati Uniti, dove tutti gli individui addetti a maneggiare le sostanze alimentari devono essere riconosciuti non portatori. E, nelle note squadre ambulanti che la Germania prima della guerra aveva mobilitato per la lotta contro la febbre tifoide, questa lotta era imperniata sulla ricerca coprologica dei bacilli del tifo. Ma la ricerca coprologica è necessariamente abbastanza lunga ed indaginosa e non sempre sicura; sarebbe quindi bene accetto un metodo che, pur offrendo le garanzie di sicurezza, fosse più spicciativo, in modo da permettere in breve tempo l'esame di molte persone e di averne rapidamente il responso.

Ora, analogamente a quanto si è fatto per altre malattie e specialmente per la difterite mediante la reazione di Schick, anche nella febbre tifoide si può mettere in evidenza una ipersensibilità cutanea all'iniezione dei relativi bacilli o tossine.

I primi tentativi in tal senso furono fatti da Thompson (1921) e Mc. Kemrich (1923), sebbene Chantemesse già fin dal 1907 avesse osservato il fenomeno dell'ipersensibilità cutanea. Più recentemente T. M. Large (1) fece in proposito delle ricerche per dare alla reazione una portata pratica. Egli inietta nel derma cmc. 0,06 a 0,08 di coltura dei rispettivi bacilli (tifo e paratifi), ottenendo una chiazza bianca di 6 mm. con un diffuso alone rosa. In caso di reazione positiva, si ha al terzo giorno una chiazza di colore marrone, più scura al centro. Al quarto giorno, quando le lievi modificazioni (area rosea senza induramento nè dolorabilità) dei casi negativi sono scomparse, si ha una papula rigonfia, di color prugna, con estesa areola, che va poi diminuendo per scomparire del tutto al sesto giorno.

La reazione sarebbe altamente specifica. Nei casi acuti di febbre tifoide, si ha la reazione per il bacillo (tifo o paratifi) che si trova nelle feci. La reazione diventa negativa nella convalescenza, ma permane invece nei portatori. In uno di questi si trovò positiva per il tifo ed il para B; il primo si trovava nelle feci costantemente, il secondo soltanto occasionalmente; all'operazione, si trovò il bacillo del tifo nel contenuto della cistifellea; il siero di questo paziente aveva un alto potere agglutinante per il para B.

In 260 controlli, si ebbero solo due casi di reazione positiva al tifo, nessuno per i paratifi.

La prova ha anzitutto valore pronostico; la presenza di un risultato positivo indica la persistenza dell'infezione e la probabilità di una ricaduta.

Ma soprattutto la prova ha valore per la ricerca dei portatori, essendo più sicura che la sieroreazione e meno indaginosa che la ricerca del bacilio nelle feci. Essa permette, in breve tempo e senza altre manualità che una semplice iniezione intradermica, di rendersi conto se un

---

(1) *Journal Royal Army Med. Corps*, sett. 1926

dato individuo è o non portatore e se è, quindi, più o meno pericoloso per la società.

È da augurarsi che la ricerca con questo metodo così semplice si vada diffondendo e sia particolarmente applicata nel caso di individui addetti al maneggio delle sostanze alimentari. Quando si potranno scovare i portatori e si sarà proceduto al loro isolamento ed alle necessarie misure igieniche, si potrà sperare di vincere anche questa malattia che miete sordamente tante vittime.

A. FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Proctoclisi. — Al dott. A. A. dal P., abb. n. 6595:

Potrà leggere come si pratica la proctoclisi su *Tecnica terapeutica ragionata medica e chirurgica* del prof. B. MASCI, edita da L. Pozzi di Roma.

V.

Cura dei porri e delle verruche. — All'abbonato n. 3126-1:

Ove non si vogliano adoperare i comuni mezzi caustici od il radium, si può usare il *Pflastermulle* (empiastro disteso su garza) all'acido salicilico che rammollisce gli strati epidermici ipertrofici e può quindi favorire la caduta della verruca.

La credenza popolare secondo la quale asportando una delle verruche (la più grossa) si ottiene la guarigione delle altre, trova qualche volta la sua conferma nella pratica.

Non pare dubbio che un prolungato trattamento arsenicale a dosi crescenti (liquore del Fowler) possa fare scomparire le verruche piane.

V. MONTESANO.

VARIA.

Civetteria e semiverginità.

La letteratura romanzesca abbonda di studi artistico-psicologici sulla civetteria, ed è ben noto che la semiverginità ha negli ultimi tempi costituito argomento di romanzi, che hanno sollevato molto rumore. I due fenomeni, quantunque a prima vista possono sembrare analoghi e procedere dalla stessa tendenza, sono essenzialmente differenti, l'uno è spontaneo ed innocente, l'altro artificioso e fraudolento.

La civetteria è uno dei tratti istintivi più spiccati dell'eterno femminino e non è una caratteristica esclusiva della donna in quanto è un attributo anche delle femmine delle razze animali superiori. Sotto un certo punto di vista la civetteria può considerarsi un puro riflesso: ai tentativi di approccio del maschio la femmina reagisce con una certa attività civettuola, si dà e si rifiuta, si offre e si nega, attrae e respinge.

La femmina è posseduta da due istinti antagonisti, l'impulso sessuale e la pudicizia innata, donde il giuoco di domandare e di sfuggire, che sono i due costituenti della civetteria. Il significato biologico del pudore è di eccitare il desiderio e nello stesso tempo di rendere più difficile e ritardare la scarica dell'impulso sessuale.

Naturalmente anche la femmina dell'uomo, la donna, è dominata dallo stesso antagonismo dei due impulsi, desiderio e pudore, affermazione e negazione. Quando la giovanetta giuoca con le emozioni della sua vittima non è sadista, nè ipocrita; essa segue semplicemente le leggi della natura procurando d'ingenerare nell'uomo un forte desiderio e di ammaliarlo col suo fascino. Con la separazione dei due sessi la natura ha creato un impedimento alla loro fusione, che può essere superato solo da una grande espansione di forza nervosa, e la civetteria ha appunto il compito di eccitare, di rendere più forte, più aggressiva la forza nervosa rendendo la scarica più difficile.

Questa legge di bipolarità, di attrazione e repulsione, questa lotta tra il desiderio erotico ed il pudore istintivo è una necessità biologica. Il semplice chemotropismo erotico non basterebbe ad eccitare un desiderio forte in un uomo di forte volontà. Perciò anche la casta ragazza ricorre inconsciamente al giuoco della civetteria. Questo grazioso e affascinante giuoco di tentare, di tormentare, di eccitare, di esibirsi e di nascondersi, come anche l'eccessivo desiderio di piacere, e quindi di adornarsi, di profumarsi, di danzare, di mostrarsi vivace, spiritosa non è reprensibile, perchè risponde ad un impulso istintivo che a sua volta ha la suprema finalità biologica di assicurare la propagazione della specie. La civetteria diventa reprensibile quando è fine a se stessa, quando la donna non cerca di affascinare un uomo ma tutti gli uomini, quando è solo un mezzo per soddisfare la propria vanità, o, quel che è peggio, è solo l'estrinsecazione d'un perverso sentimento di crudeltà.

In quest'ultimo caso la donna tenta di saggiare il suo potere di attrattiva dall'infatuazione della sua vittima. Essa non ama l'oggetto delle sue astute trovate, ma concentra la sua libido su se stessa. Vuole soltanto piacere, sapersi desiderabile, vuole soltanto essere desiderata, non desiderare. L'infatuazione dell'uomo prova il fascino della sua persona. Essa prova un secreto diletto nel sapersi l'oggetto d'un desiderio spasmodico, e nulla concede, neppure i preliminari dell'amore, per rendere il desiderio più tormentoso.

Giunto a questo grado la civetteria confina con la semiverginità, ma in effetti se ne differenzia sempre sostanzialmente. La semivergine non solo desidera di essere amata, ma ama essa stessa, e se non si concede totalmente all'uomo da lei prescelto, gli è perchè teme di perdere quella condizione fisica che la rende ancora apparentemente casta. La semiverginità non è che un'estrinsecazione della lussuria dominata e limitata dalla morale convenzionale.

Le donne che hanno una preponderante attività sessuale possono distinguersi in quattro gruppi: prostitute, concubine, libertine, semivergini. Le prostitute si danno per compenso senza fare alcuna scelta o selezione e per lo più senza compartecipare al piacere. Anche le concubine (mantenuta, maitresse, mistress) si danno per danaro, ma in genere scelgono l'uomo cui si danno esclusivamente per un certo periodo di tempo durante il quale sono pertanto monoandriche. La donna libertina o lasciva si offre unicamente per soddisfare il proprio desiderio erotico, senza che in genere la ricompensa pecuniaria entri nei suoi calcoli: sceglie l'uomo che le piace secondo il suo capriccio per poi abbandonarlo non appena è presa di un altro. La semivergine rassomiglia sotto molti aspetti alla donna libertina, ne differisce solo perchè non si concede interamente per preservare la sua verginità fisica.

La semivergine è la ragazza viziata, raffinata, in genere appartenente a buona famiglia, dominata dalla sessualità, che essa soddisfa in tutti i modi, con tutti gli espedienti che l'erotismo suggerisce, e si rifiuta solo di concedere l'ultimo atto dell'amore per conservare l'integrità dell'imene. Spiritualmente e fisicamente essa non è meno deflorata della donna libertina, ma conserva gli attributi fisici della verginità. Gli stimoli preliminari delle zone erogene le danno soddisfazione della sua tensione emotiva fino all'orgasmo completo.

La semivergine sotto certi riguardi ha una moralità più bassa della prostituta. Questa in fondo non reca alcun male alla società, non inganna nessuno, vende il proprio corpo al solo scopo di procurarsi i mezzi di sussistenza. Le sue pratiche amorose finiscono per costituire un'occupazione, dalla quale non trae vero piacere. La semivergine invece si concede ogni specie di soddisfazione erotica attraverso tutte le specie di stimoli anche i più perversi e contro natura, e conserva la integrità dell'imene solo per ingannare l'uomo che la sposerà, ed a cui si darà impura come una prostituta, quantunque fisicamente vergine.

La prostituzione è la risultante di un tipo di inferiorità mentale caratterizzata da instabilità, suggestibilità, difetto di senso di responsabilità, inattitudine al lavoro. La semivergine invece è per lo più una volitiva, padrona delle sue passioni, forte più che l'uomo al quale sa resistere proprio quando più facile sarebbe l'abbandono, più prepotente il desiderio di concedersi.

In effetti le semivergini abbondano nelle classi dove la cultura ed il benessere economico è più diffuso. Si tratta di ragazze che oltre che per le loro tendenze costituzionali diventano spregiudicate per quell'infarinatura di cultura e di conoscenza dell'ambiente sociale che le rende più libere, ma non del tutto superiori ai pregiudizi sociali fino al punto di soverchiare la morale vigente e di praticare l'amore ubbidendo senza restrizioni e senza limitazioni agli impulsi della natura. La sua inferiorità morale consiste nello sfruttare tutte le risorse della libidine, mostrando di rispettare l'etica convenzionale e conservando tutti i vantaggi riservati alle ragazze pure spiritualmente e fisicamente.

Il fenomeno della semiverginità è una specie di compromesso o meglio di scappatoia tra le esigenze del sesso e quelle della morale. Il conflitto tra gl'impulsi erotici e le idee morali precoscienti si risolve, secondo le idee di Freud, nella neurosi; la semivergine risolve a suo modo il conflitto dando soddisfazione alla sua sessualità e lasciando intatto il segno fisico della purezza.

Nel fenomeno in quistione v'ha anche un elemento sadico. In effetti la semivergine assume una certa superiorità, una certa padronanza sull'uomo, e gode di arrestarne la forza amatoria proprio quando essa è più ardente. Quando l'uomo ritiene di averla in pieno possesso, essa gli sfugge soddisfatta dal contrasto fra la sua freddezza o meglio fra la padronanza che ha su se stessa ed il desiderio insoddisfatto del maschio. La sua soddisfazione erotica diventa più intensa nel vedere l'uomo abbattuto ed avvilito ai suoi piedi.

La semiverginità quantunque praticata anche nelle antiche civiltà va assumendo nel mondo moderno una grande diffusione. La libertà di cui ora godono le donne, il più frequente contatto con uomini, la cultura più diffusa rende le donne più sollecite di assaporare i piaceri erotici senza subirne le conseguenze, che oltre che nelle sanzioni morali sono costituite dai pericoli della maternità. La donna moderna tende ad eguagliarsi all'uomo non solo nel portamento, nell'abito, nelle analogie del lavoro e delle occupazioni, ma anche nella possibilità di godere dell'amore così come fa l'uomo senza danni attuali, senza pregiudicare il proprio avvenire matrimoniale.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Sindacati e ordini sanitari.

Con decreto 1 luglio 1926, n. 1130, pubblicato nella Gazz. Uff. del 7 luglio n. 155, sono state stabilite norme per l'attuazione della legge 3 aprile 1926 n. 563 sulla disciplina giuridica dei rapporti collettivi di lavoro.

Come è noto, le Associazioni sindacali, legalmente riconosciute, hanno personalità giuridica e provvedono alla tutela degli interessi morali e materiali dei loro rappresentanti.

Possono appartenere alle associazioni sindacali i cittadini maggiori di 18 anni che siano di buona condotta morale e politica dal punto di vista nazionale e che possiedono gli altri requisiti richiesti dalla legge e dagli statuti delle Associazioni.

Non è possibile precisare compiutamente entro i limiti di una breve nota, tutto il sistema dell'ordinamento dei Sindacati. Qui voglio segnalare specialmente la importanza grandissima di questo ordinamento istituzionale e la necessità che i sanitari conoscano le norme che lo disciplinano. A tal fine è opportuno leggere tutte le disposizioni della legge 3 aprile 1926 n. 563, e quelle del decreto 1 luglio 1926 n.1130.

Accenno, frattanto, ad alcune disposizioni che riguardano i rapporti tra Sindacati e Ordini sanitari e le associazioni del personale dipendente da enti pubblici.

Se, per l'esercizio di una determinata arte o professione, è richiesta l'iscrizione in un albo, la cui formazione sia dalle leggi vigenti affidata ad un Ordine o Collegio, può essere, « accanto all'Ordine o al Collegio », riconosciuta legalmente una associazione sindacale soggetta alle norme della legge 3 aprile 1923. Alle Associazioni sindacali e non agli Ordini o Collegi spetta la facoltà di adempiere ai compiti di tutela degli interessi morali e materiali dei loro rappresentati, di assistenza, d'istruzione e di educazione previsti dalla legge. Ad esse soltanto spetta la facoltà di designare rappresentanti nei corpi politici, amministrativi e tecnici dello Stato e degli altri enti pubblici, quando tale designazione sia prevista dalla legge e dai regolamenti. Gli Ordini o Collegi esistenti e legalmente riconosciuti alla andata in vigore della legge 3 aprile 1926 sono conservati, salva sempre però la competenza dei Sindacati, per le funzioni sopra indicate.

La importanza di questi enti giuridici è evidente. Come dicevo, si tratta di un vero e proprio *ordinamento istituzionale di diritto pubblico*. Infatti, le Associazioni sindacali sono soggette alla vigilanza del Prefetto e, per determinati atti, alla tutela della Giunta Provinciale Amministrativa: bilanci, mutamenti patrimoniali, spese con impegni per più di un quinquennio, regolamenti del personale e per l'esazione dei contributi ecc.

Contro il rifiuto di ammissione in una associazione legalmente riconosciuta e contro la espulsione o altra forma di esclusione, è ammesso sempre, in ultima istanza, il ricorso al Ministro per le Corporazioni, oltre, s'intende, i rimedi preveduti dagli statuti delle associazioni.

Oltre le associazioni sindacali unitarie o di primo grado, possono essere legalmente riconosciute come persone giuridiche anche le associazioni sindacali di grado superiore: federazioni e confederazioni.

Gli organi di collegamento, previsti dall'art. 3 della legge, riuniscono le organizzazioni sindacali e nazionali dei vari fattori della produzione: datori di lavoro, lavoratori intellettuali e manuali, per un determinato ramo della produzione, e per una o più determinate categorie di imprese. Le organizzazioni così collegate costituiscono una corporazione la quale non ha personalità giuridica ma è un organo dell'amministrazione dello Stato. Il decreto che la costituisce ne determina le attribuzioni e i poteri.

Spetta alle associazioni sindacali legalmente riconosciute di stipulare contratti collettivi di lavoro con piena efficacia per tutti. I contratti di lavoro individuali debbono uniformarsi alle norme stabilite dal contratto collettivo; le clausole difformi, preesistenti o successive, sono sostituite di diritto da quelle del contratto collettivo, salvo il caso che siano più favorevoli ai lavoratori. Sono eccettuati dalla stipulazioni dei contratti collettivi quei rapporti che, per disposizioni di legge o di regolamento o per clausola di capitolato o di contratto, siano disciplinati con atti della pubblica autorità.

L'azione per le controversie relative ai rapporti collettivi del lavoro è esercitata dalle associazioni legalmente riconosciute di primo grado e di grado superiore ed è di competenza della Corte di Appello funzionante come Magistratura del lavoro.

Le associazioni tra i dipendenti dello Stato, delle Provincie, dei Comuni, delle istituzioni pubbliche di beneficenza e degli altri enti indicati nell'art. 3 del citato regolamento, debbono essere autorizzate con decreto del Capo del Governo o del Prefetto, secondo competenze determinate. Il Capo del Governo, il Ministro per l'interno e il Prefetto, possono ordinare lo scioglimento delle associazioni.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

L'Opera di assistenza degli orfani dei Medici morti in guerra.

Il Comitato si è adunato il 24 novembre nei locali della Commissione Medica Superiore per le Pensioni di Guerra al palazzo Braschi in Roma.

Presiede il gen. med. F. della Valle. Presenti il sen. prof. L. Simonetta, il dott. Fatichi (eletto in seguito alle dimissioni del prof. Gallenga) rappresentante la Corporazione Sanitaria, il prof. Ilvento rappresentante la Sanità Pubblica, il prof. Santamaria rappresentante il Servizio Sanitario dell'Aeronautica. Hanno giustificato l'assenza il prof. Silvagni, il gen. Repetti, il gen. Baduel, il col. Casarini. Funziona da segretario il cap. dott. Federigo Bocchetti.

Il gen. Della Valle dice: La odierna riunione di questo Comitato, che, come l'ora del grande sacrifizio fuse in opera concorde l'attività fervida di tutti i medici d'Italia, seppe dopo raccoglierne lo spirito nella preparazione delle onoranze ai gloriosi caduti, ravviva ora memorie e ridesta sentimenti che il tempo renderà più sacri, che nessun evento potrà mai cancellare.

Ma la cerimonia del 2 novembre 1924, tanto austera nella solennità, non sarebbe stata completa, nè così degna la offerta della classe medica alla Patria, se si fosse obliata la sorte dell'avvenire degli orfani che tutto avevano perduto con la scomparsa dei loro genitori. Ora come allora alita lo stesso spirito, brilla la stessa fiamma nella nobiltà di quella idea.

Segnala un'offerta generosa del prof. Carruccio, la quale trasse occasione dal festeggiamento che i medici laureati nella Università di Roma vollero fare nella ricorrenza del 35° anniversario della loro laurea. Esalta l'opera del dott. Bocchetti, del quale non sa se più ammirare le genialità delle iniziative o l'entusiasmo inesauribile col quale le vivifica.

Prendono poi la parola gli altri convenuti.

Il dott. Bocchetti espone la relazione finanziaria della gestione 1925-26:

Introito.

Quote versate dagli Ordini dei Medici (quota 1925)	L. 45,260.50
Fondo prof. Silvagni	» 41,018.50
Sottoscrizione volontaria apertasi sui giornali « Il Policlinico » e « Federaz. Medica	» 5,626.80
Totale	L. 91,905.80

Esito.

Quote versate all'Istituto Orfani Sanitari di Perugia per 4 orfani a nostro carico	L. 16,000.—
Quote versate per l'assistenza in famiglia per 41 orfani (ricevute dal N. 1 al N. 41)	» 45,000.—
Spese sostenute per l'organizzazione dell'Ufficio Segreteria, sulla ricerca degli orfani, cancelleria, propaganda, circolare a stampa, spese postali e varie (titoli dal N. 1 al N 13)	» 3,144.40
Totale	L. 64,144.40
Restano in Cassa	L. 27,761.40

Calcolando approssimativamente di poter raccogliere dagli Ordini L. 50,000 (quota 1926), più lire 6000 dalla sottoscrizione volontaria e lire 27,761.40 somma attiva della gestione 1925-26, si conclude che il Comitato può disporre per l'assistenza per l'anno 1926-27 della somma approssimativa di L. 83,761.40.

Dopo aver dettagliatamente esposto il felice successo dell'assistenza, comunica che tutti gli orfani hanno inviato il certificato di promozione e moltissimi hanno anche conseguito dei premi. Comunica i vivi sentimenti di riconoscenza esposti nelle lettere pervenute dalle famiglie e rileva come i quattro orfani internati all'Istituto degli Orfani Sanitari in Perugia siano veramente soddisfatti del trattamento avuto nell'anno in corso.

Il prof. Santamaria propone che sia inviata una lettera di plauso alla Direzione dell'Istituto Orfani Sanitari in Perugia.

Esaminate le varie situazioni degli assistiti del 1925-26 si riconferma a tutti la Borsa di studio, aumentandola a quelli che sono già passati agli studi superiori (liceo, università, scuole magistrali).

Gli orfani già internati a Perugia seguitano anche per quest'anno ad usufruire del posto nell'Istituto a carico del Comitato (L. 4000 ciascuno per l'intero anno solare).

Si esaminano le domande degli orfani: Vecchi, Pasquale, Sterni, Volpe, Basili, Mariani, Morice, Barbato, Cavallo e fatta qualche riserva per Cavallo e Mariani di cui si attendono altri documenti a tutti è concessa la Borsa di studio.

Elenco completo degli orfani assistiti dal Comitato con Borse di studio da L. 1000, 1500, 2000. — Arcangeli Alfredo, Bruni Bruno, Bruni Manlio, Bajocchi Maria Luisa, Cavatorti Pierluigi, Chiaravallotti Luca, Chiaravallotti Anna, Cilento Teresina, Ciuffo Gabriella, Conte Flora, Conte Marta, Degli Oddi Maddalena, Di Baja Calliope, Di Benedetto Grazia, Di Benedetto Vincenza, Di Murro Giulia, Gazzoppi Carlo, Izzo Macrina, Lo Medico Maddalena, Lo Medico Maria, Lonzar Mario, Loria Giuseppe, Loria Filomena, Maestri Valentina, Mazzocchi Giulia, Mereu Francesco, Paleilea, Pacileo Nicola, Pacileo Gorizia, Paoletti Mario, Paoletti Jolanda, Roberti Michele, Ruocco Alessandro, Ruocco Pietro, Scolari Giovanni, Scolari Gualtie-

ro, Sensi Alessandro, Tosi Carlo, Zarri Lucia, Zeppa Isidoro, Zeppa Maria Pia, Zanoletti Antonio.

Orfani che usufruiscono del posto gratuito all'Istituto Orfani San. Perugia. — 1) Bianchi Cesare, 2) Di Baja Gaetanina, 3) Finotti Antonio, 4) Izzo Raffaele.

Quest'opera è stata alimentata dagli Ordini dei Medici, dal fondo Silvagni e da una sottoscrizione volontaria che ha appena raggiunto le L. 5000.

All'appello mancano tutti quelli non iscritti agli Ordini dei Medici, gli ufficiali di terra e di mare, i medici provinciali e funzionari dello Stato ed i medici emigrati.

Si decide di fare una pubblicazione che illustri l'Opera e si dà l'incarico al segretario generale dott. Bocchetti.

Prima di chiudere la seduta si prende la decisione di fare un'ampia e ininterrotta propaganda perchè tutti i medici d'Italia contribuiscano a quest'opera che è sicuramente fra le più nobili sorte nel dopo guerra.

Per tutte le informazioni rivolgersi al dottor Federigo Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

III elenco della sottoscrizione volontaria per l'assistenza degli orfani dei Medici morti in guerra.

Riporto del 1° e 2° Elenco	L.	5626.80
Allievi ufficiali med. Scuola di Firenze	»	245.—
Dott. Giuseppe Del Zotto	»	50.—
I laureati in medicina e chirurgia di Roma in occasione del 35° anno di laurea (1)	»	50.—
Angelelli Amedeo	»	50.—
Basili Andrea	»	50.—
Benedettelli Lelio	»	50.—
Busca Alessandro	»	50.—
Carruccio Mariano	»	50.—
Dalzini Amedeo	»	50.—
De Logu Arnaldo	»	50.—
Franchi Raniero	»	50.—
Liburdi Baldassare	»	50.—
Marchi Francesco	»	50.—
Marchianò Giuseppe	»	100.—
Massimi Adorno	»	50.—
Massimi Giuseppe	»	50.—
Montesano F. Giuseppe	»	50.—
Nardi Giuseppe	»	50.—
Neroni Quirino	»	50.—
Nicolai Claudio	»	50.—
Paganini Giulio	»	50.—
Parlavecchio Gaetano	»	50.—
Petrarca Francesco	»	50.—
Prò Camillo	»	50.—
Roncali B. Demetrio	»	50.—
Vannucci Giuseppe	»	100.—
Zandotti Enrico	»	50.—
Totale	L.	1340.—

(1) Il generale Della Valle ha diretto la seguente lettera per ringraziare il collega prof. Carruccio: « Sentii il dovere di comunicare questa sua nobile iniziativa alla riunione plenaria del Comitato ed un vivo plauso è stato votato per lei e per tutti i colleghi che vollero nobilitare la ricorrenza del 35° anno di laurea con un gesto così altamente significativo che dovrebbe essere monito a quanti, travolti dall'assillante vita professionale, più non ricordano la doverosa opera di assistenza degli orfani dei nostri colleghi caduti per la Patria ».

Si raccomandano ancora una volta gli Ordini dei Medici a versare la quota 1926. Le somme vanno dirette al segretario generale dell'Opera Assistenza Orfani dei Medici Morti in Guerra: dott. Federigo Bocchetti, Anzio (Roma).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARGENTA (*Ferrara*). — Scad. 10 gen.; per tre fraz.; L. 9500 e quadrienni dec.; indenn. complem. L. 2500; trasp. L. 2000; abitaz. dal Comune dietro canone L. 1200 rivedibile.

BOLOGNA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale (Imola).* — Medico; L. 11,900, oltre c.-v. statale, lire 1500 serv. attivo, 25 % assegno temporaneo sullo stip. e serv. attivo; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CASTEL CIVITA (*Salerno*). — Scad. 14 gen. L. 7000 e 5 quadr. dec.; L. 1000 cav. Tassa L. 50.10.

CORTENUOVA AL PIANO (*Bergamo*). — Al 31 gen., ore 16; ab. 1357; L. 8000, oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., L. 200 ambulat., 5 quinq. dec.; tassa L. 50.10. Chiedere bando.

FIRENZE. *Istituto Ortopedico Toscano Villa S. Margherita* (viale Michelangelo, 25). — Med. chir. aiuto; tit. ed esame; L. 9000 e percentuali; età lim. 35 a. Scad. ore 17 del 10 gen. Nom. annua; conferma triennale. Rivolgersi Direz. amministrativa.

MANCIANO (*Grosseto*). — A tutto 20 gen., per Saturnia; L. 10,000, oltre assegno L. 1500 e 10 trienni ventes.; per cavalc. L. 2500; età lim. 40 a.; riconoscim. 4 trienni altri Comuni. A richiesta si spedisce avviso.

MIRANO VENETO (*Venezia*). *Ospitale Civile.* — Medico primario; nom. biennale, conferme sessennali; titoli; L. 8000 con 3 sessenni dec., oltre lire 8000 direz. Dispensario antitub. Scad. ore 18 del 30 gen. Età mass. 40 a. al 31 dic. Biennio di aiuto in osped. import. o clin. univ. Docum. a 3 mesi dal 12 dic. Serv. entro 15 gg. Chiedere bando.

MOMO (*Novara*). — Consor. con Alzate e Agnellenzo; L. 8000, oltre L. 1000 uff. san., L. 500 trasporto, L. 150 ambul., L. 1200 c.-v. e altri proventi concessi dalle leggi. Scad. 20 genn. Tassa L. 50.15. Serv. il 6 marzo.

MUGGIA (*Venezia Giulia*). — Al 10 gennaio; L. 8000 e 4 quadr. dec.; c.-v.; L. 300-3000 trasp.; addiz. L. 2 sopra 1000 pov. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. Serv. entro 15 gg.

PARMA. *Ospedale Maggiore.* — Assist. effett.; L. 4500, oltre L. 1800 c.-v. e L. 600 indenn. speciale. Età lim. 35 a. Tassa L. 25. Specchietto votazioni. Chiedere annunzio.

PISTOIA. *RR. Spedali Riuniti.* — Aiuto chirurgo e radiologo; a tutto il 15 gen.; L. 6000, oltre c.-v. ed eventuali emolumenti Sezione a pagam.; titoli; età mass. 35 a.; docum. a 3 mesi dall'8 dic.; tassa L. 50 alla segreteria. Chiedere bando.

REGGIO EMILIA. — Quattro condotte; titoli ed esami; istanze alla Segreteria generale del Municipio entro le 17 del 15 gen.; età lim. 35 anni; L. 9500 e c.-v.; addizion. L. 5 oltre i 1200 pov.; L. 1500-3000 mezzo trasp.; L. 500 ambulat.; 5 quadrienni decimo; serv. entro 15 gg. Chiedere bando.

TORRE S. MARIA (*Sondrio*). — Con Spriana. Scad. 8 gen.; L. 8500 oltre c.-v. in L. 1980; cavalcatura ind. massima consentita; uff. san. L. 500; indenn. trasf. L. 750. Tassa L. 50.05 Chiedere esteso avviso.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Medico praticante; alloggio e L. 300 mensili; titoli. Domande al Protocollo entro le 17 dell'8 gen. Età mass. 30 a. Docum. a 2 mesi dall'8 dic. Chiedere avviso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Quirino DI MARZIO è stato incaricato dalla Facoltà Medica di Roma dell'insegnamento di clinica oculistica, in sostituzione del prof. sen. Giuseppe Cirincione, esonerato dall'insegnamento con ordinanza ministeriale.

Il dott. Luigi Sabatini, aiuto nella R. Clinica pediatrica di Roma, ha conseguito la libera docenza in clinica pediatrica con approvazione all'unanimità.

Rallegramenti cordiali al nostro apprezzato collaboratore.

Il prof. comm. Cuzzi vice-presidente del Comitato di Milano della Croce Rossa Italiana, è stato nominato commissario presidenziale in seguito alle dimissioni del Consiglio direttivo.

La Facoltà di Scienze della R. Università di Roma ha chiamato il prof. Giulio Cotronei a coprire la cattedra di anatomia comparata, già illustrata dal compianto prof. Grassi.

Il prof. Cotronei insegnava la stessa disciplina a Siena.

È stato conferito al prof. Muzio Pazzi di Bologna un diploma di benemerenze a firma autografa del capo del Governo, con medaglia, in riconoscimento dello spirito d'iniziativa e della capacità organizzatrice di cui dette prova quale colonnello medico volontario durante la guerra mondiale.

Il concorso internazionale per lavori sperimentali, indetto dalla « Revista Sudamericana de Endocrinologia, Inmunologia y Quimioterapia », ha avuto il seguente esito: 1° premio prof. Luigi Castaldi di Firenze; 2° prof. Marcello Lusena di Firenze; 3° dott. Ernesto A. Molinelli di Buenos Aires; *accessit*: prof. Pio Bastai di Torino, prof. Gaetano Viale di Rosario. La Commissione esaminatrice era così composta: prof. Mariano Castex, prof. Alois Bachmann e dott. Silvio Dessy.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il centenario di Laënnec.

Il 1826 vide comparire la 2ª edizione del trattato *L'auscultation mediate*, nella quale Laënnec condensò il frutto del suo sapere in semeiologia, anatomia patologica, e nella clinica, e vide dileguare l'esile figura di Teofilo Laënnec.

A 45 anni chiudeva la sua vita laboriosa e tormentata l'eminente clinico che insegnò a vedere traverso i dati semeiologici le lesioni organiche e mise la clinica sopra la via scientifica.

La Francia ha celebrato il centenario del duplice avvenimento con grande solennità, e, riunendo accanto agli alti rappresentanti della medicina francese, i delegati di gran parte degli Stati civili, ha conferito alle onoranze carattere internazionale.

E veramente Laënnec era meritevole di una elevata celebrazione quale ha preparato con larghi criteri e con precisa organizzazione il comitato presieduto dal prof. Chauffard, mercè l'opera del segretario generale prof. Roussy.

Le onoranze hanno avuto come preludio una messa solenne a *Notre Dame*, e si sono svolte essenzialmente con un ricevimento alla *Sorbonne*, con una seduta apposita della Accademia medica, e con un magnifico pranzo al *Palais d'Orsay*.

La grandissima sala della Sorbonne era gremita. Era intervenuto il Presidente della Repubblica. Alla riunione, diretta dal Ministro della Guerra, furono pronunziati efficaci discorsi commemorativi per bocca di luminari della scienza francese e sfilarono i delegati delle Nazioni, che offrirono ognuno un omaggio scritto a Laënnec.

La seduta dell'Accademia, con l'ufficio di presidenza in grande toga, ebbe carattere strettamente scientifico e clinico: insigni professori delle Facoltà, alla presenza dei delegati esteri e di scelto pubblico, analizzarono le origini di Laënnec, la sua opera di anatomopatologo, le qualità del clinico culminanti dalla cattedra e nella vita, ed Herriot, ministro della Pubblica Istruzione, in efficace sintesi presentò la figura dell'uomo e dello scienziato.

Magnificamente riuscì il pranzo al Palais d'Orsay, nel quale presero la parola i delegati delle Nazioni e tennero appropriate allocuzioni il presidente del Comitato prof. Chauffard e Fallière, Ministro dell'Assistenza pubblica e dell'Igiene.

Come appendice alle onoranze a Laënnec può considerarsi il pellegrinaggio che il Comitato e i delegati stranieri fecero all'aula, in cui insegnò il Maestro, all'ospedale della Charité. La cerimonia fu semplice, commovente. Piccolo, modesto anfiteatro, conservato alla reverenza dei posteri con cura affettuosa, in cui Laënnec dava anche dimostrazioni sul cadavere delle lesioni supposte in vita.

Con squisito senso di opportunità il Comitato ha disposto perchè, in onore dell'uomo che tanto contribuì allo sviluppo delle conoscenze sulla tubercolosi, si svolgessero riunioni e avessero luogo dimostrazioni, in cui lo stato attuale del problema della tubercolosi fosse esposto nella sua evoluzione dall'epoca di Laënnec a noi. In tal senso ha dimostrato Rist la funzione del medico nella lotta antitubercolare occupandosi soprattutto dell'assistenza dispensariale e della prevenzione della tubercolosi nell'infanzia, e Léon Bernard ha fatto visitare il dispensario « Léon Bourgeois » da lui diretto, del quale carattere singolare è l'assistenza ai nati da genitori tubercolotici. Un'altra riunione molto importante ha avuto luogo all'*Institut Pasteur*: Calmette vi tenne una conferenza sulla prevenzione della tubercolosi da Laënnec a noi, riassumendo in uno sguardo sintetico le idee sulla contagiosità e sui mezzi difensivi, fra i quali assunse di recente importanza la vaccinazione antitubercolare, che ha avuto un precursore nel nostro Maragliano. La conferenza sobria, lucida, efficace fu seguita da una film cinematografica sui processi, sulla pratica e sui resultati della vaccinazione col metodo di Calmette.

Una terza, e non meno importante, manifestazione ebbe luogo alla *Société Anatomique*. Ricorreva il centenario della fondazione della Società e ne fu degnamente ricordato il lavoro compiuto. Ma la parte di interesse più generale fu quella dedicata allo studio dei problemi anatomo-patologici ed etiologici sulla tubercolosi organicamente predisposta dall'attuale presidente, prof. Roussy.

Una larga e profonda discussione si è impegnata sopra le magnifiche relazioni di Letulle e di Meyenburg (di Zurigo) sulle concezioni anatomiche attuali della tubercolosi polmonare. La precisa relazione di Meyenburg fu seguita da una ricca documentazione di preparati microscopici illustrati con proiezioni. Sono seguite molte comunicazioni, che hanno porto occasione a discussioni vivaci e dense di fatti.

Se si pensa che tra gli oratori per Laënnec figurano i nomi di Lapie, Menetrier, D'Arsonval, Rist, Calmette, Roger, Bernard, Miraillé, Letulle, Sergent, Achard, e che i festeggiamenti furono resi più solenni per l'intervento del Presidente della Repubblica in persona e per i discorsi di tre ministri, Painlevé, Herriot, Fallière, si riconosce la grande importanza che la Francia intera ha annesso alla celebrazione di questo eletto suo figlio, brettone di nascita, parigino di elezione. Tutto il mondo civile ha partecipato largamente agli onori del grande clinico francese: si notavano tra gli altri Thayer, Petren, Wenkebaek, Hiymans van der Berg, Bernard, Henryjan, Knud Faber, Marañon, Danielopolu. L'Italia era rappresentata dal prof. Vittorio Ascoli.

Laënnec i cui meriti furono misconosciuti in vita trovò nel centenario della morte l'apoteosi. La glorificazione dei genî della razza ne spande la reputazione, ne fortifica le energie. Noi dobbiamo ammirare la Francia che sa essere dispensiera di gloria ai suoi figli, e seguerne l'esempio.

Parigi, 17 dicembre 1926.

a.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia.

Si è adunato in sessione ordinaria, sotto la presidenza dell'on. Blanc, il Consiglio centrale dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, con l'intervento del vice-presidente prof. Valagussa, dei componenti senatori Giardino, Marchiafava, Dallolio e Pestalozza, deputato Maccotta, contessa Brusati, duchessa di Guardialombarda, cav. di gr. cr. Appiani e Scotti, generali Repetti e Baduel, comm. Luzzatto, proff. Jemma e Guzzoni degli Ancarani, comm. Medolaghi, Calcagni, Riccoboni e Buffa e del segretario generale comm. Lo Monaco Aprile.

Il Consiglio, udite le comunicazioni del presidente on. Blanc sull'attuale fabbisogno finanziario dell'Opera Nazionale e sulle pratiche svolte dalla presidenza per assicurare all'Opera i mezzi necessari per un proficuo funzionamento, ha deliberato un voto di viva, sincera gratitudine al Capo del Governo per la nuova prova d'interessamento data all'Opera Nazionale col proporre al Consiglio dei Ministri l'istituzione di una speciale tassa sui celibi a profitto dell'Opera medesima.

Dopo ciò, il Consiglio ha approvato, con vivo compiacimento, la relazione della presidenza sul lavoro compiuto dall'Opera Nazionale nei primi suoi sei mesi di vita che ha consentito di precisare gli effettivi bisogni dell'assistenza nelle varie provincie d'Italia, di accertare le specifiche condizioni di oltre 200 istituzioni, tra cui 52 brefotrofi, e procurare la necessaria assistenza a molte madri bisognose e a molti bambini infermi e abbandonati.

Dalla relazione è risultato che i Consigli direttivi delle Federazioni provinciali sono già stati costituiti in tutte le provincie del Regno, a norma di legge ed in base alle designazioni fatte dai Prefetti.

È stato approvato il bilancio preventivo per il 1927, il quale porta notevoli stanziamenti per l'organizzazione dei servizi di assistenza locale, per l'assistenza individuale di madri e fanciulli, per i corsi di puericultura, per la profilassi antitubercolare e per l'assistenza scolastica.

Il Consiglio ha discusso poi diversi affari di ordinaria amministrazione; ha determinato i limiti massimi dei sussidi da concedere nel 1927 alle varie categorie d'istituzioni di assistenza ed ha stabilito di investire L. 200,000, provenienti dalle quote di associazione a vita e da oblazioni straordinarie, in titoli del Prestito del Littorio, per iniziare la costituzione di un fondo di riserva.

Com'è noto, a favore dell'Opera è stata annunziata l'imposta sui celibi, che si prevede darà un gettito di 60 milioni di lire all'anno.

Il Patronato dell'Opera, composto di patriottiche e intelligenti Signore, ha radunato i rappresentanti di giornali, per intendersi circa un programma pratico ed efficace di divulgazione.

Nell'ultima riunione del Rotary Club di Roma, alla presenza di numerosi soci, il prof. Valagussa ha tenuto un'interessante conferenza sull'azione svolta dall'Opera, di cui egli è vice-presidente.

Corsi di perfezionamento in puericultura per medici e levatrici.

L'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia ha istituito dei corsi di puericultura per medici laureati e per levatrici.

Il diploma ottenuto in seguito ai risultati dell'esame finale è indispensabile per conseguire eventualmente posti in istituti fondati o anche soltanto sovvenzionati dall'Opera stessa.

I corsi hanno lo scopo di preparare dei professionisti che possano assumersi le responsabilità sanitarie degl'istituti per l'assistenza all'infanzia nelle sue differenti forme d'attività in modo da poter garantire, con una preparazione seria e pratica, la competenza necessaria perchè la vita e la salute dei ricoverati possa essere tecnicamente salvaguardata e perchè i diplomati possano divenire attivi e pratici propagandisti delle norme d'igiene infantile.

Per il presente anno scolastico i corsi saranno tenuti presso le Regie Cliniche Pediatriche delle Università di Torino, Milano, Genova, Padova, Bologna, Firenze, Napoli, Cagliari e Messina, presso l'Ospedale per bambini di Trieste e presso l'Istituto marino « Enrico Albanese » di Palermo. In Roma i corsi sono stati affidati alla Croce Rossa Italiana.

Per iscriversi ai detti corsi i medici e le levatrici debbono farne domanda per iscritto su carta legale direttamente alla Opera Nazionale, Piazza Cavour, 25, Roma, almeno quindici giorni prima dell'apertura del Corso unendo rispettivamente copia autentica del diploma di laurea in medicina o del diploma di ostetricia, indicando la sede prescelta per la frequenza e versando all'Opera Nazionale la somma stabilita per l'iscrizione al Corso.

I medici dovranno versare lire 200 all'atto della presentazione della domanda d'iscrizione, lire 50 all'atto della domanda di esame e lire 25 per il rilascio del diploma. Le levatrici verseranno invece rispettivamente lire 50, lire 15 e lire 10.

I Riunione della stampa medica latina.

Come abbiamo già annunziato, una riunione della stampa medica latina è stata indetta a Parigi per il prossimo aprile.

Il presidente francese del Consiglio, ministro degli affari esteri, ha accordato il suo alto patronato a questa manifestazione di latinità. Il comitato d'onore comprende gli ambasciatori del Belgio, del Brasile, dell'Italia e della Spagna e i ministri in Francia di tutte le Nazioni latine. Il comitato organizzatore è presieduto dal prof. Loeper, presidente dell'Associazione della Stampa medica francese; ha per vice-presidenti Ascoli di Roma, Azevedo di Lisbona, Coca di Madrid, Danielopolu di Bucarest, Delpino di Buenos Aires, Le Sage di Montreal, Mayer di Bruxelles, ecc. Segretario generale ne è il dott. L. M. Pierra; tesoriere il sig. Georges Baillière.

Scopo del convegno sarà di raccogliere in una larga federazione le Associazioni della Stampa medica, i periodici di medicina e i giornalisti medici delle lingue latine: francese, italiano, portoghese, rumeno e spagnolo. Saranno presentate relazioni che possano interessare la maggioranza dei rappresentanti della stampa medica: direttori, redattori, amministratori (ne abbiamo già dato i titoli). Il programma comprende anche un ricevimento nella sala delle feste al « Figaro », una serata all'Opéra-Comique, un banchetto nella sala delle feste del Palais d'Orsay, un'escursione. Quote: per le Associazioni 60 fr.; per i periodici 100 fr.; per redattori fissi o persone delle loro famiglie 50 fr. Sono in corso le pratiche relative alle riduzioni dei viaggi. Per informazioni e adesioni rivolgersi al segretario generale, Dr. L. M. Pierra, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe).

Corso di perfezionamento in igiene.

Avrà luogo presso il R. Istituto d'Igiene di Napoli, a partire dall'11 gen., per la durata di un bimestre, per aspiranti ad ufficiali sanitari; tassa d'iscrizione L. 400.

Corso di tisiologia.

Sarà tenuto a Barcellona dal noto anatomo-patologo prof. Luis Sayé, con la collaborazione di altri esperti studiosi, dal 10 gennaio all'11 aprile. Le lezioni saranno largamente illustrate da dimostrazioni. Diritti di matricola: per i medici

150 pesetas, per gli studenti 75. Le iscrizioni si ricevono presso il « Servicio de Asistencia Social a los Tubercolosos », calle de Radas n. 24, Barcelona; oppure presso la « Deputacion Provincial, Departamento de Sanidad », Barcelona.

All'università di Palermo.

Per decreto reale il titolo della cattedra di medicina legale della Università di Palermo è stato integrato in quello di « medicina legale e delle assicurazioni sociali ».

L'insegnamento è tenuto dal prof. Domenico Mirto, il quale ha promosso l'innovazione, cui corrisponde un più vasto programma di studi e d'insegnamento.

Per l'Università di Chicago.

Il presidente dell'Università di Chicago, Max Mason, ha annunziato un dono di 3.385.000 dol., pari a circa 80 milioni di lire it., da parte del « General Educational Board » di New York, per l'incremento delle cliniche, degli ospedali d'insegnamento e dei laboratori scientifici dell'Università di Chicago, a condizione che questa provveda, da parte sua, una somma addizionale di 2 milioni di dol., pari a 50 milioni di lire it.

L'Università di Monaco.

L'Università Ludovico Massimiliano di Monaco di Baviera ha festeggiato nello scorso novembre il centenario del suo trasferimento da Landshut, con che essa perdette il carattere ecclesiastico e medioevale, per divenire un'istituzione moderna, che ha dato al mondo scientifico uomini come Liebig, von Pettenkofer, Röntgen, Brentano.

Istituto biotipologico-ortogenetico

Sarà quanto prima solennemente inaugurato presso la R. Clinica Medica di Genova, l'Istituto Biotipologico-Ortogenetico. Creato dal prof. gr. uff. Nicola Pende, il nuovo istituto ha lo scopo di studiare i tipi costituzionali individuali, normali e patologici, e i mezzi atti a correggere i difetti di costituzione. È dotato di un laboratorio di Psicotecnica e Orientamento professionale, istituito a scopo pratico, e pronto ad entrare subito in funzione, e fornito di uno strumentario ricchissimo. Il prof. dott. Ugo Pizzoli di Bologna, cultore della psicologia sperimentale, ne ha ideato tutti gli apparecchi, che sono stati costruiti a Bologna. Il laboratorio occupa tre sale dell'Istituto Biotipologico Ortogenetico.

L'Istituto Sieroterapico Milanese

ha celebrato il suo trentennio di vita; alla presenza del Consiglio direttivo e delle autorità cittadine, il presidente prof. Menozzi tracciò la storia dell'Istituto, dopo di che il prof. Viganò, a nome del personale, presentò una targa commemorativa al direttore prof. Belfanti.

L'Ufficio di Ricerche Mediche Wellcome a Londra.

L'8 dicembre venne riaperto, alla presenza del ministro dell'igiene on. Neville Chamberlain, il « Wellcome Bureau of Scientific Research ». Questo istituto fornisce gratuitamente informazioni di qualsiasi ordine ai sanitari; ospita e aiuta degli studiosi che seguano un piano definito di ricerche e che non trovino in altre sedi il modo di lavorare: all'uopo contiene dodici laboratori bene attrezzati, con particolare riguardo alla medicina ed all'igiene tropicali; è corredato di una ricca libreria, a disposizione di tutti i sanitari; vi è annesso anche un Museo, di cui ci siamo già occupati. L'Istituto venne aperto nel 1923 dal noto industriale sig. Wellcome; ora è stato notevolmente ingrandito. Esso ha sede negli Endsleigh Gardens (London, W. C. 1).

Per il nuovo Ospedale Maggiore di Milano.

Il Consiglio dell'Ospedale Maggiore di Milano ha bandito il concorso nazionale per il progetto del nuovo Ospedale Maggiore, che dovrà sorgere nelle immediate vicinanze di via Graziano Imperatore, alla sinistra, press'a poco, di Prato Centenaro (nord della Città).

Il concorso scade alle ore 16 del 30 giugno 1927. Agli autori dei progetti, che saranno dalla Commissione dichiarati meritevoli di premio, verranno assegnati, oltre al rimborso delle spese, tre premi, uno di L. 100.000, il secondo di 70.000 ed un terzo di L. 50.000.

Agli autori dei dieci progetti classificati primi nella graduatoria di merito, sarà assegnato un rimborso di spese nella misura fin d'ora fissata e indivisibile, di L. 10.000.

Richiedere bando di concorso al Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano, via Ospedale, n. 5.

Nuova scuola di Veterinaria.

Con recente Decreto si è istituita a Messina una R. Scuola Superiore di Veterinaria e se ne dispone l'apertura pel corrente anno scolastico.

Beneficenza.

La famiglia della duchezza Giuseppina Melzi d'Eril, ad onorarne la memoria, in occasione del terzo anniversario della morte, ha elargito un milione di lire al Comune di Milano, destinato all'erezione di un padiglione per tubercolotici.

L'ing. Giuseppe Destefanis, morto a Front Canavese, ha lasciato per beneficenza un milione di lire, terreni e un castello a quel Comune, 250 mila lire al Comune di Vanda Front e 550 mila lire al Comune ed alle Opere Pie di Torino.

Il sig. Giovanni Balestra, morto a Parma, ha lasciato eredi universali l'Orfanotrofio Vittorio Emanuele e il Ricovero dei Vecchi, per una somma non minore di due milioni di lire.

Per la vigilanza sulla panificazione.

Un decreto del ministro dell'interno, capo del Governo, in data 10 dicembre 1926, disciplina la vigilanza sull'abburattamento delle farine e la panificazione e detta le norme amministrative per il prelevamento dei campioni e per l'esecuzione delle analisi.

Vaccinazione antitifica obbligatoria.

Con decreto del Ministro dell'interno, capo del Governo, in data 2 dic., la vaccinazione antitifica è resa obbligatoria per il personale di assistenza degli istituti di cura, per il personale sanitario ausiliario, per gli addetti ai servizi di approvvigionamento idrico e alla raccolta e allo smercio del latte; può esser resa obbligatoria dai prefetti, su parere dei medici provinciali, per collettività, per il personale addetto ai pubblici servizi e in tutti gli altri casi di riconosciuta necessità.

Nuove cure del cancro.

La « Münch. Med. Woch. » riferisce i risultati ottenuti nella cura del cancro con i metodi elaborati dal prof. Opitz, il ginecologo di Friburgo rimasto ucciso or non è molto in un accidente automobilistico. Opitz è partito dalle guarigioni spontanee che si osservano spesso sperimentalmente e talvolta anche nell'uomo; ne ha dedotto che l'organismo dispone risorse difensive e si è adoperato a trovare i mezzi per esaltarle. All'uopo ha eseguito numerose ricerche sperimentali, con i suoi collaboratori. Nell'uomo gli hanno corrisposto meglio due serie di sostanze. La prima serie consiste di olepine associate per adsorbimento a colori organici; metalli, composti di zolfo. L'altra serie consiste in derivati di adrenalina, colina, tripanbleu e cerio. I prodotti della prima serie poterono essere abbastanza perfezionati da ridurne la tossicità e da affidarli ad alcuni ospedali; non così quelli della seconda serie. Opitz ha trattato 36 casi inoperabili e disperati; ha avuto 19 miglioramenti, 7 apparentemente non influenzati, 10 morti. I nuovi rimedi devono essere, evidentemente, ancora elaborati e cimentati.

La produzione dell'insulina.

Lo studioso americano Abel è riuscito a ottenere dell'insulina cristallizzata; ma, a quanto osserva Laqueur nella « Zeitschr. f. angew. Chemie », questa scoperta non ha che un valore scientifico, in quanto che le soluzioni d'insulina cristallizzata sono poco stabili. Maggiore interesse pratico hanno i metodi diretti a sfruttare meglio il pancreas. Quest'organo è tanto più ricco d'insulina, quanto più è fresco: perciò oggi si provvede a una manipolazione immediata. Un tempo da 5 Kg. di pancreas si ottenevano solo 5 cmc. d'insulina, della forza di 100 unità; oggi se ne ottengono 100-150 cmc.; al tempo stesso, il valore delle unità si è quasi triplicato. Malgrado tutto, però, il prezzo dell'insulina resta ancora inaccessibile alla grande maggioranza delle borse; il costo della cura può valutarsi di 6-12 lire ital. al giorno. (Dal *Jl. A. M. A.*).

Per il divieto internazionale dell'eroina.

L'Unione Interparlamentare che si adunerà nel 1927 prenderà in esame il problema della proibizione universale dell'eroina; ciò in seguito alle decisioni adottate dalla recente Conferenza sanitaria di Ginevra, nella quale fu deciso di raccomandare ai Governi la promulgazione di leggi che vietino la fabbricazione, la vendita e la prescrizione di questo alcaloide e di sollecitare l'Unione a sottoporre e raccomandare tale voto a tutti i Governi. L'iniziativa è partita da S. G. Porter, degli Stati Uniti, il quale si appoggiava alle decisioni dell'« Associazione Medica Americana » e ai divieti dell'eroina emanati, negli Stati Uniti, per i servizi medici dell'Esercito, della Marina, della Sanità Pubblica e dei Veterani di Guerra. (*Rev. Españ. de Med. y Cir.*, dic. 1926).

Congresso antialcoolista belga.

Verso la fine di ottobre si è tenuta a Gand la riunione annuale della Federazione belga delle società di astinenza. Vi è stata annessa un'Esposizione.

Nella stampa sanitaria.

Il « Giornale di Medicina Militare » celebra le sue nozze di diamanti con la pubblicazione di un magnifico fascicolo, in cui sono tracciate le vicende e ricordati i fasti del periodico durante 75 anni d'ininterrotta attività, si espone la vita di Alessandro Riberi, al quale si deve la fondazione di esso, e si fa la storia del corpo sanitario militare italiano. Il numero contiene anche 5 pregevoli memorie, resoconti di congressi e di conferenze scientifiche negli ospedali militari, recensioni, notizie.

Una parola di plauso al solerte direttore attuale, col. med. prof. A. Casarini, il quale ha voluto che l'avvenimento, poco comune nella stampa medica, non passasse inosservato.

Una lapide ai medici bolognesi caduti in guerra.

Nell'atrio del Policlinico di Santorsola a Bologna è stata solennemente scoperta una lapide in onore dei medici caduti in guerra. Alla cerimonia erano presenti tutte le principali autorità cittadine e numerosi medici e studenti.

Dopo elevate parole pronunziate da S. E. il cardinale Nasalli Rocca, che ha benedetto la lapide, e dal prof. Ranzarini presidente dell'Ordine dei medici, ha tenuto un elevato e patriottico discorso l'on. Baldino Giuliano.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Alessandro Orio, settantenne, da Montirone di Brescia, è rimasto ucciso nell'investimento di un'automobile da lui guidata e sulla

quale aveva preso posto anche lo studente in agraria Scipione Tirelli da Bologna, in un passaggio a livello della linea Brescia-Parma, da parte di un direttissimo.

Il dott. Adolfo Manzotti da Gajarine (Treviso), direttore di quell'Ospedale Civile, è rimasto lievemente ferito al volto per un colpo di rivoltella esplosogli contro, mentre egli si affacciava a una finestra della sua casa; il colpo di rivoltella faceva staccare una scheggia di legno, che determinò la ferita.

In memoria di Boursier.

Il Consiglio municipale di Bordeaux, a perpetuare la memoria del prof. André Boursier, ha deliberato di darne il nome all'ospedale di San Giovanni.

Un medico Prefetto.

Nell'ultimo movimento di Prefetti, decretato dal Consiglio dei Ministri del 7 dicembre, in occasione della istituzione di 17 nuove Prefetture, il dott. Giovanni Selvi, maggiore medico in servizio attivo permanente presso l'Ospedale Militare di Milano, è stato nominato Prefetto e destinato a reggere la Prefettura di Legge.

Il prefetto Selvi a capo di pubbliche amministrazioni darà prova di eccezionale competenza in materia amministrativa. Egli è un fascista di valida ed antica fede.

Un sanitario abusivo.

È stato arrestato a Roma un certo Giovanni Battistoni, che dava consultazioni, prescriveva e somministrava farmaci; in una perquisizione al suo domicilio furono sequestrate notevoli quantità di medicinali, tra cui stupefanti e saccarina.

È morto a Napoli in età avanzata il prof. GIUSEPPE RIA, decano dell'insegnamento pareggiato di clinica medica nell'Ospedale degli Incurabili. Fu per lunghi anni alla presidenza della Associazione dei liberi docenti. Fondò il giornale « Gl'Incurabili » e lo tenne in vita per un quarto di secolo.

È morto a 86 anni il prof. ERCOLE FEDERICO FABBRI, decano degli ostetrici italiani, già direttore della Clinica ostetrica di Modena e poi di quella di Bologna; era figlio di G. B. Fabbri, altro celebre ostetrico.

È morto a 78 anni l'ortopedista americano EDWARD H. BRADFORD, che contribuì efficacemente a rendere autonoma la specialità. Concorse alla fondazione della cattedra d'ortopedia alla « Harvard Medical School » di Boston, e la tenne per molti anni. Di questa Scuola fu anche decano. Organizzò il servizio ortopedico nell'Ospedale dei bambini della stessa città. Con Lowett pubblicò un « Trattato di ortopedia » il quale ebbe larga diffusione. Ottimi i suoi studi sulla cura della lussazione congenita dell'anca e della tubercolosi articolare. Divenuto cieco, apprese l'alfabeto Braill, grazie al quale potè continuare a consacrarsi con molto impegno allo studio.

Sul distacco prematuro di placenta norm. inserta.

Il prof. P. Gaifami, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di Bari, sarà grato a quanti clinici, ospedalieri, pratici, vorranno comunicargli casi di personale osservazione di *distacco prematuro di placenta norm. inserta;* saranno compresi, col nome del singolo collega, nella statistica italiana di tale complicazione, che il prof. Gaifami aggiungerà alla sua Relazione al prossimo Congresso della Società di ostetricia e ginecologia.

Indice alfabetico per materie.

...i di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *e la pubblicazione dei sunti di ...i senza citarne la fonte.*

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

Riviste di BRANCHE SPECIALI, edite dall'Amministrazione del "Policlinico" e offerte a prezzi di favore ai proprii associati, in ABBONAMENTO CUMULATIVO pel nuovo anno.

Intenti e propositi pel 1927.

Cuore e Circolazione

Continuazione de

LE MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico medico di Roma

Redattore capo: prof. CESARE PEZZI

Ai medici,

La cardiologia da parecchi anni a questa parte desta interesse sempre più vivo. È tramontata l'epoca in cui parve, che le malattie del cuore e dei vasi, avessero completato il ciclo di sviluppo, poichè, con la semeiotica fisica, si faceva con sicurezza la diagnosi della lesione anatomica. Da quando si intraprese lo studio funzionale, e l'applicazione dei raggi X e dei mezzi grafici, permise entrare più addentro nella comprensione dei fenomeni morbos, il progresso è stato incessante e sempre più ardimentoso giungendo da un lato agli interventi chirurgici sull'apparato nervoso del cuore e financo sulle valvole del cuore e spingendosi dall'altro verso i problemi della profilassi e della prevenzione delle malattie cardiache nei riguardi delle professioni e nei rapporti con l'infezione reumatica e con la sifilide.

Soltanto un periodico specializzato permette di seguire così profonda trasformazione. Quale medico colto potrà rimanere estraneo al rinnovamento della branca più importante della semeiologia e della clinica?

Il nostro giornale CUORE E CIRCOLAZIONE *non solo ha dato conto di questo progresso con i riassunti e le riviste, copiose e apposite, tratte dai giornali del mondo intero, ma ha contribuito direttamente all'incremento degli studi cardiologici con le sue memorie, provenienti da tutte le scuole italiane, condotte con tecnica precisa, guidate da conoscenze sempre più perfezionate.*

CUORE E CIRCOLAZIONE, *come è lo specchio del vasto movimento della cardiologia del mondo intero, così è l'espressione più completa e più alta della evoluzione che in questo campo compie anche l'Italia.*

In tale contingenza di vita, non meraviglia che abbia arriso, e arrida, al nostro periodico un successo veramente brillante.

Mentre di esso si compiacciono, direzione e amministrazione dedicheranno ogni opera per conservare l'indirizzo scientifico-clinico del periodico, e per tenere le informazioni sempre più complete e più aggiornate.

Ogni fascicolo si compone di 48 pagine di testo distinto in tre parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a « Cuore e Circolazione » si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico « Le Malattie del cuore », nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di « Cuore e Circolazione » per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio.

LA CLINICA OSTETRICA

RIVISTA MENSILE

fondata nel 1898 dal Prof. F. La Torre

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari.

Ai colleghi,

I lettori del " Policlinico „ non hanno veramente bisogno di speciali sollecitazioni per riconoscere la utilità, pratica e scientifica, della CLINICA OSTETRICA.

Quanti, durante l'annata, hanno scorso gli indici dei singoli fascicoli mensili riportati nelle colonne del " Policlinico „ si saranno ben convinti che questa rivista è organica, varia, completa, utile. Con i lavori originali, con le svariate rubriche — ed additiamo quella degli Errori terapeutici e diagnostici *—, con la ricchezza delle riviste sintetiche sugli argomenti di maggiore attualità, con la copia delle recensioni dalla stampa mondiale, con la freschezza del notiziario, essa bene rispecchia il movimento ostetrico-ginecologico attuale ed indirizza i medici pratici ad un sano e moderno esercizio della specialità, mentre può riuscire utile agli stessi specialisti.*

Il bilancio dell'anno passato era già ragione di conforto; più ancora lo è quello del 1926: l'annata attuale infatti costituisce un fitto volume di oltre 700 pagine con circa 50 fi-

Ai già abbonati a queste Riviste raccomandiamo il sollecito invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione, nonchè di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

gure e una tavola a colori. *Vi hanno collaborato: clinici, medici ospedalieri e pratici delle più varie regioni: da Roma a Torino; da Padova a Palermo; da Trieste a Bari; da Pavia e Modena a Siena, Sassari, Perugia, Ferrara, Aquila, Verona, Arezzo, Brescia, Firenze, Livorno, Mantova ecc. Ossia da tutti i più vari centri della cultura e della pratica affluirono i contributi, dando la documentazione migliore della solida rinomanza ormai acquistata alla* **CLINICA OSTETRICA.**

Ma noi vogliamo perfezionarla ancora; non bisogna arrestarsi: vogliamo dare un più largo respiro alle riviste senza sacrificare la parte originale; vogliamo non fare attendere troppo agli autori la pubblicazione delle loro note; vogliamo rendere ancora più viva la Rivista; ne vogliamo insomma accrescere la mole. Ma questo non è possibile senza il concorso degli amici. Su essi facciamo affidamento, perchè **curino la diffusione del giornale fra i colleghi, sollecitandoli a divenire abbonati; ed intanto essi non frappongano indugio a rimettere la loro piccola quota annuale** *(1). Nessuno, fra i medici pratici lettori del "Policlinico,, dovrebbe mancare della* **CLINICA OSTETRICA,** *che viene ad integrare le altre due sezioni maggiori. Da parte della direzione e della redazione, come da parte dell'editore, non verrà meno l'entusiasmo fattivo, che ha fin qui tenute alte le sorti della* **CLINICA OSTETRICA.**

---

(1) Chi pensi alle enormi somme richieste dagli abbonamenti dei giornali stranieri, anche indipendentemente dal cambio, non potrà non trovare irrisorio il prezzo di abbonamento della **CLINICA OSTETRICA;** le nominali L. 35 di oggi, corrispondono a poco più di L. 7 dell'ante guerra... E non occorre commento!... Occorre invece pagare subito l'abbonamento, per incoraggiare l'iniziativa italiana.

Ogni fascicolo si compone di 56 pagine di testo distinto in tre parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45.**

N. B. — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il fascicolo 1° (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**
Professore di Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica
nella R. Università di Pisa

Ai lettori,

Anno terzo: poche parole di preambolo. La rivista svolge metodicamente il suo programma e si va affinando **e** *ampliando, tenendo conto delle esigenze della moderna coltura.* **IL VALSALVA** *si è posto all'avanguardia fra le pubblicazioni periodiche nostre, raccogliendo il consenso sempre più largo, non solo degli oto-rino-laringoiatri, ma pure dei chirurgi generali, degli oftalmologi, degli stomatologi, dei neurologi, dei radiologi, per quanto può essere terreno di lavoro affine o comune. É ciò che noi ambivamo.*

È bene richiamare l'attenzione oltre sulla parte data dagli scritti originali — ricca di documenti anche grafici e che cerchiamo rispecchino tutti gli aspetti della oto-rino-laringologia quale oggi deve essere intesa — sullo spoglio dei periodici italiani, non della specialità, che ne estrae ció che interessa i nosti argomenti di studio. Nel volume secondo sono circa 180 recensioni, più o meno ampie, ma sempre sufficienti a dare un concetto del contenuto del lavoro analizzato; raccolta che formerà un archivio prezioso e di facile consultazione. Lo scrupolo nella ricerca di tutto questo materiale fa sì che le recensioni stesse escano con qualche ritardo; ma, se oggi soltanto s'iniziano quelle con la data del 1926, ciò va a beneficio della completezza e serietà della rubrica.

Quanto ai colleghi, e invero sono pochi, che non s'interessano di questa Rivista o la respingono v'è da formulare solo un voto: che si persuadano come in tal modo si privino di un poderoso strumento di lavoro e di progresso.

Ed ora, con un pensiero di viva gratitudine verso tutti coloro che ci porgono una mano fraterna, torniamo all'usata fatica.

Questa rivista, che entra nel terzo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45.**

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate 1925 e 1926 del periodico stesso, per sole L. **40** se in Italia e per sole L. **65** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento a tutte e tre le riviste nel 1927 e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al prezzo di favore di sole:

L. 78 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Indirizzare Vaglia Postali, Chèques, Assegni e Vaglia Bancari (riscuotibili in Roma) all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - Roma.

Ai già abbonati a queste Riviste raccomandiamo il sollecito invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione, nonchè di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

Altre Riviste concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ pel 1927

Rivista di Malariologia

PUBBLICAZIONE BIMESTRALE

La **Rivista di Malariologia** vanta la direzione dei più illustri studiosi italiani della malaria: **V. ASCOLI, G. BASTIANELLI, A. BIGNAMI, A. DIONISI, E. MARCHIAFAVA, G. SANARELLI**, ecc. Accentra i progressi che vengono compiuti dalle nostre conoscenze sulla malaria in tutti i Paesi. Reca **contributi originali, relazioni, studi riassuntivi, recensioni sistematiche, atti ufficiali, notizie.** È organo ufficiale della Società per gli Studi della Malaria e di altri Enti. La redazione ne è affidata al dott. **L. VERNEY.** Si pubblica in densi e ricchi fascicoli, copiosamente illustrati.

Abbonamento annuo: Per l'Italia L. **40**; per l'Estero L. **75**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **35**; per l'Estero L. **65**.

Annali d'Igiene

Periodico mensile diretto dal prof. sen. **GIUSEPPE SANARELLI** della R. Università di Roma. In densi fascicoli illustrati e corredati di tavole, accoglie **memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno** e una densa rubrica di **recensioni**, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di **legislazione, amministrazione e giurisprudenza sanitaria e notizie varie.**

Abbonamento annuo: Italia L. **60**; Estero L. **100**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **55**; Estero L. **95**. Ai medici condotti associati al «Policlinico» gli «Annali d'Igiene» sono offerti al prezzo di favore di L. **50**, ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi **esclusivamente** alla nostra Amministrazione e più precisamente al Signor LUIGI POZZI, in via Sistina, 14, Roma.

Rivista di Clinica Pediatrica

La **Rivista di Clinica Pediatrica**, periodico mensile illustrato, si pubblica a Firenze.
Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903, non ha mai interrotto le sue pubblicazioni, anche nei momenti più difficii della guerra e dell'immediato dopo guerra. È ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, CARLO FRANCIONI, DANTE PACCHIONI, GENNARO FIORE**, ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Bologna, Genova e Pisa.

Continuando a pubblicare memorie originali, la «Rivista di Clinica Pediatrica» nel 1927 darà speciali cure alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini. Essa si preoccuperà delle importantissime questioni sociali che hanno rapporto coll'infanzia e ne terrà informati i suoi lettori.
Sarà poi corrisposto alle esigenze dei medici esercenti mediante la trattazione di argomenti e la raccolta di notizie, che hanno attinenza più stretta colla pratica professionale.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **50** — per l'Estero L. **110**. — Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **46** — per l'Estero sole L. **105**.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia.

(Continuazione del GIORNALE DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE).

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **C. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali, riccamente illustrati, e raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia.

Abbonamento annuo pel 1927: per l'Italia L. **100** — Per l'Estero L. **140**. — Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **95** — Per l'Estero L. **135**.

La Salute e l'Igiene nella Famiglia

Questa interessante rivista si è ormai affermata brillantemente sia in Italia che nelle nostre colonie all'estero per l'utilità del suo contenuto. Essa è diretta dal dott. ESCHILO DELLA SETA e vi collaborano parecchi valorosi colleghi. LA SALUTE E L'IGIENE NELLE FAMIGLIE è una lettura gradita per la sua varietà scientifica alla portata i tutti e grandemente proficua.

L'abbonamento annuo per l'Italia, costa L. **12**. — Per gli associati al «Policlinico» sole L. **10**.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina, 14, aggiungendo: **per l'Ufficio postale Succ. diciotto, ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.**

Pubblicazioni della nostra Casa Editrice a disposizione degli abbonati del "Policlinico" con agevolazioni sul prezzo di copertina.

Per l'ITALIA, le sottoelencate pubblicazioni si possono ricevere anche in piego o pacco gravato del loro rispettivo importo; ma, in questo caso, il loro ammontare viene aumentato delle occorrenti tasse di Assegno e del Vaglia di rimborso. Si tenga dunque presente che il mezzo più semplice, rapido ed economico è quello di rimetterne l'ammontare mediante Chèque bancario riscuotibile in Roma o con Vaglia postale. Nel Vaglia postale indicare sempre « per l'Ufficio postale SUCCURSALE DICIOTTO - ROMA ».

Per l'ESTERO, a causa delle maggiori spese postali necessarie per la spedizione, l'importo dei libri va aumentato nella misura del 10 per cento e deve essere inviato mediante Chèque o Vaglia bancario riscuotibile in Roma, non potendosi eseguire, come per l'Italia, la spedizione gravata di assegno.

TECNICA TERAPEUTICA RAGIONATA MEDICA E CHIRURGICA. (Prof. B. MASCI). Prefazione del prof. A. CARDUCCI. Volume di pagg. VIII-845 con 273 figure nel testo rilegato in tela. Prezzo L. 78. Per i nostri abbonati sole L. 72.

LA TERAPIA CLINICA NELLA MEDICINA PRATICA. (Prof. L. FERRANNINI). *Indicazioni-Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.* Volume di pag. VIII-574, rilegato in tela. Prezzo L. 58. Per i nostri abbonati sole L. 52.

PRONTUARIO TERAPEUTICO. *Vademecum per il pratico.* (Dott. E. VENEZIAN). Prefazione del prof. U. ARCANGELI. Volume di pagg. VIII-324, rilegato in tela flessibile. Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati sole L. 22.50.

PRONTUARIO DI TERAPIA OSTETRICA. *Vademecum del medico pratico.* (Prof. P. GAIFAMI). Prefazione del prof. sen. E. PESTALOZZA. Volume di pag. XII-314, con 105 figure nel testo, rilegato in tela flessibile. Prezzo L. 28. Per i nostri abbonati sole L. 25.50

GINECOLOGIA E SECREZIONI INTERNE. (Prof. O. VIANA). Prefazione del prof. N. PENDE. Volume di pagg. VIII-176. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16,50.

L'ETÀ PUBERE NELLA DONNA. (Prof. R. BOMPIANI). *Breve saggio di fisiopatologia costituzionale con un'appendice sulle anomalie della mestruazione dalla pubertà all'inizio della vita sessuale.* Prefazione del prof. sen. E. PESTALOZZA. Volume di pagg. VIII-128, con una grafica e 6 figure nel testo. Prezzo L. 16. Per i nostri abbonati L. 14,60.

RADIUMTERAPIA. *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Prefazione del prof. F. GHILARDUCCI. Volume di pag. IV-150, con 5 tavole e 5 figure nel testo. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16,50.

LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. *Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.* (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del prof. A. SCLAVIO. Un volume, di pagg. VIII-80. con 21 figure nel testo. Prezzo L. 12. Per i nostri abbonati L. 10,80.

CONSULTAZIONI DI CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE. (Prof. F. VALAGUSSA). Terza edizione. Prefazione di A. MURRI. Volume di pag. VII-488, con 42 figure nel testo e finissima quatricromia sulla copertina. Prezzo L. 36. Per i nostri abbonati sole L. 32,50.

MANUALE DI PEDIATRIA PRATICA. (Prof. M. FLAMINI). Terza edizione. Volume di circa 500 pagine, corredato di una estesa *Posologia infantile* e con moltissime figure nel testo. (*In corso di stampa*).

IL BAMBINO. *Consigli d'igiene ad una mamma.* (Prof. F. VALAGUSSA). Quarta edizione riveduta e ampliata. Volume di oltre 200 pagine con molte figure schematiche ed una grafica nel testo. Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati sole L. 22.90.

COME SI ASSISTE UN MALATO? COME SI SOCCORRE UN FERITO? *Guida pratica per infermieri ed infermiere.* (Prof. G. QUARTA). Terza edizione. Volume di pagg. IV-328 con 104 figure nel testo. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16.

LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. *Note critiche e Osservazioni cliniche.* (Prof. E. TRENTI). Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Volume di circa 100 pagine, con 38 radiografie e 22 grafiche termometriche nel testo. Prezzo L. 20. Per i nostri abbonati sole L. 18.

CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE. (Prof. A. CAPOGROSSI). Volume di pagine VIII-83 Prezzo L. 10. Per i nostri abbonati sole L. 8.75.

TUBERCOLOSI E SANATORI. *Trattamento igienico-dietetico.* (Prof. G. MENDES). Prefazione del prof. sen. A. LUSTIG. Volume di pagg. IV-72, con 15 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 10. Per i nostri abbonati sole L. 8,75.

COME SI AMMALA DI TUBERCOLOSI E COME SI GUARISCE. (Prof. A. SIGNORELLI). *È l'enunciazione del nuovo metodo di cura basato sull'iperemia totale e la ventralizzazione.* Volumetto di 44 pagine in nitidissima veste tipografica. Prezzo L. 5.

I DISTURBI DEL RITMO CARDIACO. (Dott. A. SEBASTIANI). Prefazione del prof. GIUSEPPE BASTIANELLI. Volume di pagg. VIII-142, con 73 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16.25.

MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE. (Prof. A. ROSSI). Prefazione del prof. LUIGI LUCATELLO. Un volume di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo. Prezzo L. 15. Per i nostri abbonati sole L. 13.75.

LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA. (*Fibrechia del cuore*) **nell'aspetto suo diagnostico** (Prof. G. L. SACCONAGHI). Un volume di circa 200 pagine. Prezzo L. 20. Per i nostri abbonati sole L. 17.75.

CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA. ANGIOGRAFIA. (Prof D. MAESTRINI). Prefazione del prof S. BAGLIONI. Un volume di pagine VIII-168, con 64 figure nel testo. Prezzo L. 20. Per i nostri abbonati sole L. 17.50.

L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI (Prof. P. STANGANELLI). Volume di pagine VIII-100. Prezzo L. 12. Per i nostri abbonati sole L. 10.75.

NUOVE VEDUTE SULLE INFEZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE. (Prof. G. SANARELLI). Volume di pagg. VIII-184, con 28 figure nel testo. Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati sole L. 22.50.

IL GRANULOMA MALIGNO. *Morbo di Hodkin.* (Prof. E. TRENTI). Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Volume di 176 pagine, con 18 figure e 9 tabelle termometriche in tavole fuori testo. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16,50.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo « per l'Ufficio postale Succ. diciotto », **ROMA**. Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) basta indirizzare: **Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma**.

ANNO XXXIV Roma, 10 Gennaio 1927 Fasc. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI S. CHIARA - TRENTO.
II SEZIONE CHIRURGICA (primario dott. GILLI).

L'iniezione intracardiaca di adrenalina nella sincope operatoria.

Dott. AUGUSTO FRIZZERA, assistente volontario.

L'idea di mettere direttamente in contatto col cuore un cardiocinetico quando la somministrazione periferica di esso è inutile per l'arresto del cuore stesso che ne rende impossibile il trasporto, si deve a Van der Velden che la preconizzò nel 1906 e nel 1919 ne riferì i risultati: 45 casi con 13 successi temporanei perchè l'aveva praticata in soggetti con svariate affezioni al miocardio; riuscì sempre però a ripristinare almeno temporaneamente la funzione cardiaca, riconoscendo poi, che l'insuccesso non dipende da deficenza del metodo ma dalla sua applicazione in soggetto inadatto per voler cioè rianimare un cuore che non può più funzionare.

Soltanto nel 1915 troviamo delle comunicazioni su due casi di successo duraturo per mezzo dell'iniezione intracardiaca di Zubinski e Rüdiger, ma si trattava di un arresto primario di un cuore sano per sincope operatoria. Riconosciuto così che il campo maggiore delle indicazioni dell'iniezione intracardiaca spettava alla chirurgia, il metodo si diffuse largamente con ottimi successi, fino a sostituirsi ora quasi completamente al massaggio diretto del cuore, che richiede un altro intervento assai grave.

Nella letteratura tedesca fino al 1921 troviamo pubblicati circa 15 casi di successo definitivo: trattavasi però sempre di sincope operatoria durante la narcosi o la rachianestesia.

Nel 1923 Hohlweg comunica un altro caso di choc pleurico durante un pneumotorace. Nel 1923 troviamo pubblicate delle serie di casi anche in Francia sempre con successi lusinghieri.

Da noi oltre all'accenno di Alessandri al Congresso Internazionale di Chirurgia a Parigi nel 1920 troviamo scarse pubblicazioni: nel 1924 Cervini espone un caso di successo completo in uno choc pleurico, Bastianelli ne presenta un secondo all'Accademia di Medicina a Roma in una sincope da narcosi, nel 1924 ancora Nicolic e Pototschnig espongono 4 casi in cui tentarono

l'iniezione intracardiaca con un successo definitivo. Nel 1925 troviamo altri due casi favorevoli di Speciale e Masetti sempre in sincope operatoria da narcosi e rachianestesia. A questi aggiungo ora un altro caso seguito da successo.

C. D. 48 anni, impiegato.

Nulla di notevole nell'anamnesi gentilizia e remota.

Nel novembre del 1925 sofferse di tifo addominale da cui guarì in un mese e mezzo. A Natale — si alzava già da 10 giorni — fu colto alla sera da crampi violenti allo stomaco e alla schiena che durarono tutta la notte; al mattino constatò un tumoretto globoso alla regione cistica che scomparve completamente in quattro, cinque giorni, dopo i quali stette benissimo fino a giugno; allora l'assalto si ripetè e durò per due giorni.

Ai 18 luglio 1926 alla sera ebbe un nuovo attacco violentissimo degli stessi caratteri dell'antecedente e resistente anche a dosi elevate di morfina sottocutanea. Mentre per alcune ore i dolori rimasero localizzati alla regione cistica, passato questo tempo essi si diffusero rapidamente a tutto l'addome pur venendo percepiti con maggiore intensità sempre nella regione cistica. Ai 19 luglio 1926 venne inviato d'urgenza all'ospedale.

Al momento dell'ingresso presentava il seguente reperto: temperatura ascellare 37, polso alla radiale 96, ritmico, valido; respiro 28.

Aspetto di grave sofferenza, lingua leggermente patinosa.

Cuore e polmoni senza alcun reperto patologico.

Addome: resistenza lignea diffusa a tutto l'ambito addominale, dolorosissimo al menomo contatto; sembra maggiormente dolorante la regione dell'ipocondrio destro. Colla percussione si mette in evidenza un leggero versamento libero.

Esame rettale: cavo del Douglas dolentissimo.

Urina: albume, zucchero assenti, pigmenti biliari presenti.

Diagnosi: Colecistite colcolosa postifosa perforata; coleperitoneo.

Operazione d'urgenza: prim. dott. Gilli.

Rachianestesia tropococainica fra la XII dorsale e la prima lombare. Laparotomia trasversa destra due dita sopra l'ombelico.

Già all'incisione dei tegumenti si osserva scarso gemizio vasale, il paziente è cereo e risponde a stento alle domande che gli vengono rivolte, respiro superficiale, polso filiforme. Si praticano subito due iniezioni sottocutanee di lobelina e caffeina colle quali il paziente si rimette discretamente. Si completa rapidamente l'incisione della parete addominale; dalla cavità peritoneale fuoriesce una discreta quantità di liquido icoroso contenente bile. Il colon trasverso è fortemente concresciuto col bordo inferiore del fegato; fra questo e il colon sulla linea mammillare si trova un foro del diametro di 5 mm., dal quale premendo sul mesocolon fuoriesce un fiotto di bile purulenta. In questo momento, forse in seguito alle manovre sull'intestino, collasso acuto; il respiro cessò completamente, i muscoli si rilasciarono, e dalla ferita cessò ogni stillicidio sanguigno, le pupille si dilatarono, con assenza completa di ogni riflesso, ascoltando il cuore non si sente nessun tono. Venne subito praticato il massaggio transdiaframmatico del cuore che si sentiva soltanto leggermente fibrillare. Contemporaneamente respirazione artificiale. Tutte queste manovre non furono coronate da successo alcuno: anzi le fibrillazioni cardiache cessarono completamente e l'aspetto del paziente era cadaverico. Dopo tre minuti dal collasso iniezione intracardiaca di 2 cmc. di adrenalina 1 ‰ lungo il margine sinistro dello sterno nel 4° spazio intercostale con un ago lungo 10 cm. e del diametro di 1 mm., allontanata la siringa si osservò che il padiglione dell'ago, che fu lasciato infisso nel cuore, era completamente immobile dopo 30 secondi si notò una leggera escursione che si replicò dopo 4 secondi; in seguito il movimento divenne più frequente, le escursioni dell'ago dapprima brevi, irregolari e frequentissime divennero più ampie, ritmiche e assai meno frequenti. Si allontanò allora immediatamente l'ago senza che da esso fosse uscito nè sangue nè altro. Si riprese la respirazione artificiale che dopo 4 minuti divenne inutile perchè il paziente aveva già cominciato a respirare spontaneamente. Intanto il polso alla carotide divenne direttamente visibile e alla radiale ritornò con una frequenza di 100 ritmico, valido e pieno. Riprese lo stillicidio di sangue rutilante dal campo operatorio. L'atto operativo venne rapidamente portato a termine: staccato parte col bisturi e parte ottusamente il colon aderente col fegato, si trovò una cistifellea piena di calcoli di varia grandezza che alla parte superiore presentava una perforazione comunicante con un ascesso delimitato dalla faccia inferiore del fegato e dal mesocolon trasverso; colecistectomia laboriosa per le forti aderenze della cistifellea ispessita col fegato e coll'ilo. Peritonealizzazione del letto della cistifellea con un lembo di omento. Lavacro della cavità addominale con soluzione fisiologica per mezzo di una cannula di vetro a doppia corrente ideata dal prim. dott. Gilli: quando il liquido fuoriusciva chiaro si versarono nella cavità addominale 250 cmc. di « Presoiod Pregl ». Chiusura dell'addome previo drenaggio e tampone di garza al forame di Winslow.

Durante la sutura della cute il paziente cominciò a lamentarsi per il dolore un'ora e 20 minuti dopo la rachianestesia.

Il decorso postoperatorio fu normale: il polso si mantenne costantemente fra le 90 e le 100 pulsazioni al minuto sempre ritmico e valido; temperatura massima 37,8° il secondo giorno; per 6 giorni 4 iniezioni di canfora al giorno. Al 5° giorno fu allontanato il tampone di garza e il drenaggio: suppurazione di parte della ferita cutanea con necrosi dell'aponeurosi dell'obliquo esterno. In 6ª giornata leggera bronchite che fu rapidamente risolta. La ferita suppurata in 15 giorni si deterse completamente e si coprì di floride granulazioni. In 25ª giornata il paziente lasciò il letto e dopo un mese venne dimesso dall'ospedale con ferita pressochè chiusa. Fu rivisto dopo tre settimane, libero da ogni disturbo.

In questo caso si era di fronte ad un collasso completo dipendente sicuramente dalla rachianestesia: il cuore immobile non reagiva nemmeno al massaggio transdiaframmatico; si può dire che

quando fu praticata l'iniezione il paziente era morto: solamente per mezzo dell'iniezione intra cardiaca si riuscì a ripristinare la funzione del cuore prima che per l'arresto della circolazione si fossero prodotti dei danni irreparabili nel sistema nervoso centrale. L'intervallo che può intercorrere tra l'arresto del cuore e la morte degli altri organi vitali è al massimo di 10 minuti, passato questo periodo di tempo il cuore può riprendere ancora le sue pulsazioni, ma inutilmente.

Riguardo alle indicazioni dell'iniezione credo che esse siano quasi esclusivamente di dominio chirurgico perchè, di solito è il chirurgo che ha da fare con individui dal cuore sano che per una causa riflessa o tossica si è improvvisamente arrestato. Difatti è specialmente durante la narcosi sia eterea che cloroformica che succedono queste sincopi per intolleranza dell'anestetico, meno frequente è la sincope in seguito di rachianestesia. I maggiori successi duraturi si sono avuti del resto nei casi di arresto primario del cuore durante un intervento chirurgico con narcosi, rachianestesia, o anestesia novocainica: altre indicazioni sarebbero date da uno choc traumatico, dall'asfissia, dall'intossicazione; un altro campo dove si potranno ottenere ottimi risultati per mezzo dell'iniezione intracardiaca è stato dato dall'arresto del cuore per una scarica elettrica di debole voltaggio attraverso il torace: secondo le esperienze di Prevost e di Battelli correnti deboli che passino attraverso i gangli cardiaci producono la fibrillazione e l'arresto del cuore; credo che coll'iniezione intracardiaca si abbia un ottimo mezzo per tentare di rianimare il cuore che non presenta di solito alcuna alterazione anatomica. Nella medicina interna il campo delle indicazioni è assai meno esteso: Van der Velden riuscì però a mantenere in vita alcuni dei suoi cardiopazienti arrivati in agonia; quindi credo, che questo sia già un risultato confortante; altra indicazione è data dallo choc pleurico durante il pneumotorace (Hohlweg e Cervini). Del resto il tentativo può esser fatto in qualunque caso data l'assoluta innocuità dell'intervento. Tutti gli autori non sono riusciti a dimostrare nessuna lesione del cuore in seguito dell'iniezione in numerosi casi venuti all'autopsia: Van der Velden stesso dice che in un sol caso vicino al segno dell'iniezione passava sul pericardio una piccola vena che rimase illesa perchè fu spostata probabilmente dall'ago. Riguardo ai pericoli di ledere l'arteria mammaria interna o la pleura basta attenersi strettamente alla tecnica Appunto per il pericolo di lesione di questi organi quasi tutti preferiscono la puntura nel 3° o 4° spazio intercostale sinistro lungo il bordo dello sterno strisciando coll'ago lungo il margine superiore della 4ª o 5ª costola: s'introduce l'ago per 7-8 cm. fino a superare il senso di resistenza offerto dal miocardio si aspira colla siringa per vedere se fuoriesce del sangue e controllare così se si è giunti nel ventricolo e si inietta lentamente il cardiocinetico.

Con questa tecnica, che, ripeto è la più usata, si evitano sicuramente lesioni sia vasali che pleuriche e si arriva costantemente nel ventricolo destro e se il caso è favorevole si può esser sicuri del successo. Non credo sia pur opportuno praticare l'iniezione nel ventricolo sinistro come vogliono alcuni autori per ottenere una più rapida diffusione del farmaco, perchè una volta riusciti a provocare la contrazione del cuore il farmaco si diffonde rapidamente a tutto l'organismo sia per via sanguigna che linfatica. Del resto successi si sono ottenuti sia coll'iniezione nel ventricolo destro che sinistro quindi è perfettamente inutile discutere quale ventricolo sia da preferire ma credo piuttosto che criterio di scelta per il luogo dell'iniezione debba essere dato dalle minori probabilità di lesioni di parti vicine per cui è da preferire l'iniezione lungo lo sterno nel terzo o quarto spazio intercostale sinistro.

Riguardo la scelta del medicamento ormai tutti preferiscono l'adrenalina in soluzione all'1 ‰: essa ha un'azione eccitante sulle sistole del cuore dei mammiferi, dilata costantemente i vasi coronari del cuore per la sua proprietà di eccitare le terminazioni periferiche del simpatico, è di azione quasi istantanea e non produce dei danni nel tessuto in cui viene iniettata. Non è prudente però iniettarne quantità superiori a 2-3 milligrammi perchè può facilmente provocare fibrillazione del cuore e arresto sistolico definitivo.

Furono usati anche altri medicamenti: canfora, strofantina, caffeina e preparati di digitale; caffeina e digitale sono inutili, specialmente la seconda che ha un'azione assai lenta; la strofantina dev'essere sempre iniettata nella cavità ventricolare perchè altrimenti produce delle gravi lesioni del miocardio. Quindi giustamente tutti danno la preferenza all'adrenalina che ha anche un'azione specifica contro l'intossicazione da cloroformio, potendosi con essa rianimare un cuore dopo mezz'ora dal suo arresto.

Alcuni credono che non occorra neanche iniettare un cardiocinetico ma, che per rianimare un cuore sia sufficiente la semplice puntura che serve da stimolo alla prima contrazione (Mut); però quando si ha il farmaco a disposizione è sempre meglio iniettarlo.

Concludendo dunque nell'iniezione intracardiaca di adrenalina fatta nel terzo o quarto spazio intercostale sinistro lungo lo sterno abbiamo un

ottimo mezzo per rianimare un cuore arrestato per una causa qualunque, sempre innocuo e spesso efficace a produrre delle vere resurrezioni per cui quando si ha la possibilità di eseguirla essa va sempre tentata anche quando tutte le speranze sembrano perdute.

BIBLIOGRAFIA.

Letteratura tedesca fino al 1923.
HOLHWEG. Münchner Medizinische Wochenschrift, 1923, n. 34-35.
BASTIANELLI. Policlinico, Sez. pratica, 1924, n. 23.
CERVINI. Ibid., 1924, n. 26.
NICOLIC e POTOTSCHNIG. Riforma medica, 1924, n. 44.
MASOTTI. Policlinico, Sez. pratica, 1925, n. 1.
SPECIALE. Ibid., 1925, n. 33.
PETIT-DUTAILLES. Journal de Chirurgie, 1923, n. 6.
TAUPET. Gaz. des Hôpitaux, 1923, fasc. 103.
MUT. Archives de Med. cirurgia, ecc., Madrid, 1922.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA.
Reparto Chirurgico diretto dal prof. T. FERRETTI.

Iniezione intracardiaca di adrenalina nel feto in morte apparente.

Dott. ARDUINO TOMMASINI-MATTIUCCI, assistente.

L'argomento su cui verte questa mia comunicazione non è nuovo, ma credo abbia un certo interesse in quanto l'iniezione intracardiaca di adrenalina è stata praticata in un feto nato asfittico, dopo un parto laborioso e per di più prematuro e intossicato perchè la madre era eclamptica.

Ho scorso le pubblicazioni che riguardano l'argomento, ma in genere tutte si riferiscono all'adulto, sia per sincope da narcosi generale, sia, e più raramente, per embolia gassosa, durante il pneumotorace. Solo trovo che nel 1923 furono riferiti da Brindeau alla Società di Ostetricia e Ginecologia Francese tre casi di rianimazione di neonati, con esito però negativo, e ultimamente da Garipuy e Mériel un altro caso (*Presse médicale*, 1926, n. 12).

Come si vede però la letteratura è ben scarsa, mentre sappiamo che non è del tutto infrequente trovarsi di fronte a queste asfissie, contro le quali rimangono molto spesso inefficaci anche i mezzi più comuni di rianimazione (tiro della lingua, respirazione artificiale, bagni, ecc.).

Nel caso che verrò esponendo mi son sembrate degne di rilievo alcune considerazioni ed è per questo che mi sono deciso a pubblicarlo.

C. Maria, di anni 27, da Perugia, entra in Ospedale il 26 novembre 1925. Nulla di preciso si sa sul decorso della gravidanza, perchè è portata in coma; dai famigliari si sa che è all'VIII mese di gestazione. Il coma si alterna con convulsioni tonico cloniche; si pratica un salasso oltre alla inalazione di alcune gocce di nitrito d'amile. Le condizioni rimangono pressochè invariate, mentre si avvertono segni certi di sofferenza fetale; si decide allora l'intervento eseguito dall'aiuto dottor Urbani e costituito da dilatazione rapida col Bossi e da rivolgimento ed estrazione del feto.

Questo è di colorito bianco cadaverico e non dà segni di vita: pratico immediatamente dei bagni a temperature dissimili e poi respirazione artificiale, ma senza poter provocare alcun riflesso respiratorio. Eseguo allora una iniezione di 1/2 cmc. di adrenalina all'1 ‰ entro la cavità cardiaca, infiggendo l'ago nel IV spazio intercostale sinistro qualche millimetro all'infuori della marginale dello sterno. Quasi immediatamente si comincia ad avvertire qualche battito cardiaco: si prosegue la respirazione artificiale ed il neonato ben presto esegue atti respiratori sempre più profondi e più regolari, tanto che dopo due giorni fu dimesso in ottime condizioni e senza alcun segno di sofferenza.

La prima considerazione si riferisce alla dose. Mi è capitato di leggere che nell'adulto si sono iniettate quantità rilevanti fino anche a 10 cmc. di adrenalina; ma essa è realmente innocua? può avere un'azione secondaria?

Secondo le ricerche sperimentali di Fournet, nelle iniezioni sottocutanee di adrenalina, solo il 6 % della dose iniettata agisce sul sistema vascolare, poichè il resto si distruggerebbe nei tessuti per ossidazione. Ora se noi iniettiamo la stessa dose sia intravenosa come intracardiaca, è logico che quasi tutta la dose va a stimolare le terminazioni nervose intravascolari e se la quantità è eccessiva, produce un sicuro perturbamento.

A questo proposito Petzetakis (*Presse médicale*, 1926, n. 6) ha saggiata l'influenza dell'adrenalina per via intravenosa con dosi progressivamente crescenti, ed ha notato che in soggetti normali e con piccole dosi, non si hanno disturbi obiettivi sensibili. Quando però si raggiungono le soluzioni più alte sino alla dose di gr. 0,001, si hanno fenomeni che rassomigliano alla sincope, con pallore della faccia, dispnea, forti palpitazioni, cattivo stato generale, e che corrisponderebbero ad una fase ipotensiva. Ciò dipenderebbe perchè a dosi forti l'adrenalina sarebbe una sostanza *anfotropa*, in quanto in primo tempo ecciterebbe il simpatico e poi più fortemente il parasimpatico, tanto da essere a predominanza *vagotropa*. Secondo le stesse ricerche di Petzetakis poi con le dosi piccole si avrebbe un aumento di pressione più durevole, nel mentre che con dosi più forti si avrebbe una fase di ipertensione, una corta, seguita ben presto da una fase ipotensiva.

Queste considerazioni e specialmente il pericolo di una *sincope* adrenalinica, mi fanno ritenere che non bisogna abusare di questa sostanza, e

che qualche volta l'insuccesso della iniezione sia dovuto appunto alla quantità eccessiva iniettata.

La dose da me usata, come è sopra riferito, fu di mezzo cmc. di soluzione al 0/00.

Riguardo alla *tecnica* debbo dire che data la differenza esistente nella proiezione della massa cardiaca tra l'adulto e un feto nato asfittico, pensai che in qualche modo dovesse pure differire la tecnica stessa da quella normalmente usata nell'adulto, per modo che ho eseguito delle ricerche su feti nati morti, controllandole poi radiograficamente.

Ho infisso un comune ago da iniezione nel IV e nel V spazio intercostale sinistro, praticando le radiografie nelle due posizioni antero-posteriore e laterale ed ho notato che effettivamente sono questi i due spazi in cui va eseguita l'iniezione anche nel feto. Bisogna mantenersi all'incirca 2 cm. all'infuori della marginale dello sterno ed infiggere l'ago perpendicolarmente sicuri di non ferire neppure il polmone, perchè in un feto nato asfittico la massa polmonare è atelettasica.

Ho detto sopra che bisogna scegliere un punto che disti 2 cm. dalla marginale dello sterno, e questo se vogliamo essere sicuri che l'adrenalina penetri nel ventricolo sinistro, sempre volendo ritenere giusta la spiegazione data dal prof. Baglioni, che cioè gli effetti dell'adrenalina si farebbero risentire non direttamente sul muscolo cardiaco, ma sui centri bulbari del cuore e del respiro.

OSPEDALE PROVINCIALE DI ZARA - SEZIONE CHIRURGIA.

Rianimazione del cuore mediante iniezione intracardiaca.

Dott. FRANCESCO GRAZIANI, primario.

Sokota Simeone, di anni sei, da Nona (Jugoslavia.

Intervento per ernia inguino-scrotale il 10 giugno c. a. Assistente dott. Lubin. Cloroformionarcosi dott. Storich.

Dall'inizio della narcosi il paziente respira male. Incisi i tessuti, scollato il voluminoso sacco dal funicolo e dalla vescica cui trovasi aderente, il malato resta in apnea; viso congesto, polso piccolo, frequente. Trazioni ritmiche della lingua, respirazione artificiale, inalazioni di ossigeno, iniezioni eccitanti e cardiocinetiche; tutto è vano. Il paziente resta in apnea mentre diviene di un pallore cadaverico, con abolizione di ogni riflesso; il polso non si percepisce, i toni cardiaci non si ascoltano. Son decorsi circa dieci minuti. Sul viso degli astanti si legge già il raccapriccio per la morte che ci ha strappato il paziente. Infiggo un lungo e sottile ago nel quarto spazio intercostale sinistro, circa due dita trasverse dallo sterno, sul bordo del margine superiore della quinta costola e continuo l'infissione perpendicolarmente in profondità, finchè non sento cadere l'ago come in una massa fluida; ma l'ago non si muove, nè fuoriesce sangue. Monto una siringa, contenente due cmc. e mezzo di adrenalina al millesimo, aspiro ma senza resultato. Spingo lentamente l'ago più profondamente sempre aspirando. Ad un tratto ecco l'adrenalina che si colora di sangue. Quasi istantaneamente il paziente ha un lungo e profondo respiro a cui seguono movimenti respiratori normali; il polso torna a percepirsi prima piccolo e frequente, ma subito dopo valido e regolare, il paziente si sveglia, piange, si divincola.

Faccio ricominciare la narcosi e conduco a termine l'operazione. Il giorno stesso e i successivi il paziente non ha alcun disturbo che possa far ricordare l'accaduto.

Decorso postoperatorio normale, guarigione in ottava giornata.

Il caso è interessante e dimostrativo.

È da considerare:

a) Che il paziente trovavasi in istato di sincope da circa dieci minuti e per le manovre della iniezione passarono altri secondi. Ciò dimostra che il limite per la rianimazione è superiore di molto ai cinque minuti voluti dalle esperienze del Crile e corrisponde invece ai dieci minuti risultanti dalle esperienze del Battelli.

b) La dose fu di due cmc. e mezzo di adrenalina al millesimo, dose abbastanza elevata tenuto conto dell'età del paziente (anni 6) e tenuto conto che la dose di dieci cmc. rappresenta per quasi tutti gli autori il massimo per l'adulto.

c) Quanto al decorso clinico si parla di disturbi nervosi: convulsioni, agitazioni, confusioni mentali, ipertermia nelle prime 24 ore. Nel nostro caso non si ebbe a notare alcuna alterazione.

d) Riguardo all'azione dell'adrenalina si ritiene che essa sia troppo fugace (circa 30 mm.) e perciò si consigliano subito dopo la rianimazione, le comuni iniezioni eccitanti e cardiocinetiche. Nel nostro caso veramente dimostrò tale stabilità da far ricominciare la narcosi e continuarla senza incidenti per tutto il resto dell'operazione, senza avere per altro praticato al paziente alcuna altra iniezione. Vero è che iniezioni eccitanti e cardiocinetiche erano state fatte prima di quella intracardiaca, ma erano rimaste inattive.

*
* *

In conclusione si può ritenere che se è vero che l'iniezione intracardiaca nei casi di sincope operatoria va fatta subito, con ciò non bisogna escludere che tale iniezione può dare brillante esito

anche dopo decorsi più minuti, ricordando che se Lemornant e Richard dicono che l'iniezione è perfettamente inutile dopo 15-20 minuti di sincope, invece il Walz afferma di avere ottenuto la rianimazione cardiaca in un ragazzo quattordicenne dopo 40 minuti con un cmc. di adrenalina intracardiaca.

Per la tecnica diremo che nel nostro caso l'iniezione fu praticata nel quarto spazio intercostale a due dita trasverse circa dalla marginale dello sterno, sfiorando il margine superiore della quinta costola e in direzione perpendicolare; quindi nel ventricolo sinistro.

La maggior parte degli autori invece consigliano l'iniezione nel ventricolo destro (4° spazio intercostale a ridosso del margine sternale, obliquando a destra con l'ago-tecnica di Vogt e Szubinski) e la maggior parte delle iniezioni intracardiache si riferiscono al ventricolo destro.

La preferenza per il ventricolo destro è di indole anatomica per evitare più sicuramente la lesione della mammaria, del lobo cardiaco del polmone, dei vasi coronari e del fascio di His.

Ma vi sono delle ragioni di indole anatomofisiologica che dovrebbero far preferire il ventricolo sinistro. Infatti per la speciale struttura delle pareti di esso, la puntura è meno pericolosa che nel ventricolo destro e in questo è meno pericolosa che nell'orecchietta. Ma vi è soprattutto da tener presente quanto il Baglioni enunciò a proposito di un caso di iniezione intracardiaca presentato dal Bastianelli alla R. Accademia di Scienze Mediche in Roma nel 1924. Il Baglioni pensa che gli effetti dell'adrenalina sono dovuti non ad una semplice azione sui centri autonomi cardiaci, ma sui centri bulbari del cuore e del respiro. In tal caso la puntura avrebbe l'effetto di stimolare qualche debole contrazione che basta per spingere l'adrenalina fino ai centri nervosi. Posto ciò, se noi iniettiamo il liquido eccitatore nel ventricolo sinistro, alla minima contrazione di esso il liquido imboccherà la carotide interna giungendo direttamente ai centri nervosi. Iniettando invece nel ventricolo destro, prima di giungere ai centri, il liquido dovrà percorrere il piccolo circolo. In altri termini con la puntura nel ventricolo sinistro, si viene ad utilizzare anche la minima contrazione che può essere data dallo stimolo meccanico della puntura stessa, mentre per il ventricolo destro una contrazione uguale rimarrebbe senza effetto. Forse molti casi d'insuccesso si devono appunto alla preferenza data al ventricolo destro. Ma ritengo d'altronde che la iniezione intracardiaca di adrenalina è destinata ad una grande divulgazione ed a rendere servizi sempre più vasti.

BIBLIOGRAFIA.

ARMSTRONG. *Resurrezione dopo morte apparente* The British Medical Journal, 1922.

BAUMANN. *Iniezioni intracardiache di adrenalina nella sincope cardiaca.* Schweizerische Mediz. Wochensch., 1923.

BASTIANELLI. *Rianimazione mediante iniezione intracardiaca di adrenalina.* R. Accad. di Scienze Mediche di Roma, 1924.

BUZI. *Un caso di rianimazione del cuore coll'iniezione intracardiaca di adrenalina.* Policlinico, Sez. pratica, 1926.

CERVINI. *Iniezione intracardiaca di adrenalina in un caso di shoch da pneumotorace artificiale.* Policlinico, Sez. pratica, 1924.

CH. LENORMANT, A. RICHARD, I. SENEQUE. *Deux cas de réanimation du coeur, l'une temporaine, l'autre definitive par l'injection intracardiaque d'adrénaline.* Presse médicale. 1924.

CHAMBARD-PARTHENAJ. *Réanimation par l'adrénaline intracardiaque.* Archives medico-chirurgicales de Province, 1925.

FASANO. *Rianimazione del cuore mediante iniezione intracardiaca di adrenalina in sincope da pneumotorace artificiale.* Minerva Medica, 1924.

HENSCHEN. *La reviviscenza del cuore sotto l'azione dell'iniezione peri- ed intracardiaca e della saignée cardiaca.* Schweiz. Mediz. Wochen., 1920.

MASOTTI. *Rianimazione del cuore con iniezione intracardiaca di adrenalina nel corso della sincope per rachianestesia.* Policlinico, Sez. pratica, 1924.

PLACINTIANU. *Réanimation du coeur en cas de syncope opératoire par injection intracardiaque d'adrénaline: un cas personnel.* Spitatul, 1925.

RAESCHKE. *Iniezione intracardiaca di adrenalina in una sincope nel corso della rachianestesia.* Zentralblatt f. Chirurgie, 1924.

SPECIALE. *Iniezione intracardiaca di adrenalina per sincope operatoria.* Policlinico, Sez. prat., 1925.

STROPENI. *La rianimazione dei cuore per mezzo dell'iniezione intracardiaca di adrenalina.* Rivista Medica Subalpina, 1925.

SCHAPINO. *Un cas de réanimation par l'injection intracardiaque d'adrénaline dans une syncope postopératoire.* Zentralblatt f. Chirurgie, 1925.

TASSO ASTERIADES. *Trois cas de réviviscence du coeur après syncope anestétique, l'une définitive, les deux autres temporaines par injection intracardiaque d'adrénaline.* Presse méd., 1925,

Zara, 30 settembre 1926.

☞ *Importante pubblicazione:*

Dott. prof. ALESSANDRO ROSSI
Lib. doc. di Fisiologia e Patologia Medica nella R. Università di Padova

Morfologia Clinica e Fisiopatologia del Cuore

Prefazione del prof. LUIGI LUCATELLO
Clinico Medico di Padova

Un volume in 8° di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. 15. Per i nostri abbonati sole L. 13.75 franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il " segno dell'incrocio „ nella lussazione congenita dell'anca.

Dott. ENRICO ETTORRE,
aiuto dell'Ospedale Maggiore di Milano.

La diagnosi della cosidetta lussazione congenita dell'anca, che non costituisce in generale difficoltà per chi possegga una certa pratica chirurgica, può qualche volta sfuggire al medico pratico che non abbia familiarità con le necessarie modalità d'esame. Quali danni derivino all'infermo, anche soltanto da un ritardo nel trattamento opportuno, può solo giudicare chi si trovi a dover curare i frequenti e gravissimi postumi delle mancate riduzioni. Il sintomo diretto più importante che è dato dal reperto della disabitazione del cotile può lasciare dubbioso l'osservatore. Allo scopo di facilitare la diagnosi il Báron di Budapest (*Cbl. f. Chir.*, 1926, n. 39) ha comunicati due nuovi « sintomi diretti » che a suo parere bastano a rivelare la deformità.

Il primo, che serve solo per le lussazioni unilaterali, consiste nel misurare l'arto sospetto, mantenuto esteso al ginocchio, in tre diverse posizioni e precisamente:

1) ad arto esteso;
2) a coscia flessa a 90° sul bacino;
3) a coscia iperflessa sul bacino.

Se nella 1ª posizione si trova un raccorciamento (sintomo indiretto quindi non patognomonico) e questa non aumenta o diminuisce nella 2ª per scomparire nella 3ª dove gli arti appaiono di lunghezza uguale, si è autorizzati a far diagnosi di lussazione.

Il secondo sintomo si rileva dal variare di lunghezza della distanza S. I. A. S. malleolo esterno nelle diverse posizioni dell'arto sul piano frontale. Difatti mentre in un arto normale in adduzione la distanza aumenta (e diminuisce in abduzione) in un arto lussato, in adduzione, la distanza resta invariata o addirittura diminuisce. Per rendere questa differenza più evidente il Báron propone di eseguire la prova portando l'arto nella massima adduzione.

Prescindendo dal fatto che l'apprezzamento di questi sintomi implica, non solo esatte misurazioni, ma anche un certo sforzo mnemonico da parte del medico, ritengo valga la pena, anche per una certa analogia con il secondo, di ricordare quanto ebbi occasione di esporre in una nota sulla diagnosi della lussazione pubblicata oltre due anni or sono in *Medicina Pratica* (vol. IX, n. 5) intesa a dimostrare, anche con dati statistici, l'importanza di riconoscere precocemente la deformità. Mi sono ora deciso di tornare brevemente sull'argomento non certo per vantare alcuna priorità poichè si tratta semplicemente dell'applicazione di un fatto notissimo quale l'esagerata motilità dell'anca lussata, ma per mostrare come assai più semplicemente si possa rilevare un sintomo che ha praticamente per lo meno lo stesso valore di quello indicato dal Báron. Enumerando i vari sintomi richiamavo allora l'attenzione sul « segno dell'incrocio » cioè sulla possibilità di addurre passivamente l'arto lussato oltre il limite normale. In tale manovra, come risulta dalla figura, l'arto addotto incrocierà quello opposto molto al disopra della rotula, sino a raggiungere qualche volta la radice della coscia.

Naturalmente il bacino dev'essere mantenuto orizzontale al piano del letto. Illustrando il fenomeno con figure schematiche facevo osservare che questo segno non è patognomonico potendosi osservare anche in altre lesioni dell'anca. Difatti è positivo nella coxa vara anche se consecutiva a frattura del collo (ma aggiungevo che in questi infermi è per contro limitata l'abduzione in grado molto sensibile) e negli esiti di poliomielite limitati al cingolo pelvico (oltre alle note di paralisi in questi infermi nell'anamnesi si ricorda l'attacco).

Anche se questo segno da solo non può bastare a stabilire la diagnosi ha però indubbiamente il merito di poter venire facilmente ricordato, di essere di semplice rilievo, e di poter richiamare subito alla mente del medico il sospetto che si tratti di una lussazione.

Di recente il sen. Baldo Rossi ha sostenuta e illustrata la praticità di ricercare questo sintomo

anche nei casi di frattura del collo del femore. Anche in questi la positività è data dalla diminuzione dell'angolo di declinazione del collo diafisario che è pressochè la regola nelle fratture incuneate.

Per l'autorità degli AA. che si sono occupati dell'argomento non mi sembra pertanto ozioso di avere insistito sul valore di un rilievo che può facilitare molto la diagnosi come mi fu dato di controllare su di un grande numero di ammalati.

Naturalmente questi sintomi presuppongono una motilità completa dell'anca come del resto è la norma nella prima infanzia, epoca nella quale si deve porre la diagnosi per potere ottenere la riduzione e la guarigione definitiva.

Milano, 10 ottobre 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Su l'importanza delle associazioni microbiche nella produzione di fenomeni biochimici e processi patologici particolari.

(A. CASTELLANI. *The journ. of trop. med. and hyg.*, 2 agosto 1926).

Il lievito della fermentazione panaria è capace di fermentare, con produzione di gas, un maggior numero di zuccheri che non le singole specie di fermenti e germi che lo compongono.

Questo fenomeno, che va sotto il nome di fenomeno della fermentazione di Castellani, indusse lo scopritore a ricercare se anche l'associazione di germi patogeni avesse proprietà fermentative superiori a quelle dei singoli germi. E ciò infatti accade per molte associazioni microbiche: tifo + bacillo di Morgan, tifo + proteo, stafilococco + proteo, ecc., come dettagliatamente espone l'A. Si osservano talora anche fenomeni di inibizione, ad es., la monilia fermenta il saccarosio, il tifo no: monilia + tifo non fermenta il saccarosio.

Associazioni microbiche capaci di dar origine a quadri patologici particolari erano già note: basti ricordare l'associazione fuso-spirillare che è causa dell'angina di Plaut-Vincent.

L'A. ha studiato tre malattie che riconoscono come causa l'associazione di due germi, la tricomicosi nera, la tricomicosi rossa e la stomatite criptobacillare. Esse hanno scarsa importanza clinica, ma notevole importanza scientifica.

La tricomicosi nera è costituita da noduli, in corrispondenza dei peli dell'ascella, nei quali si trovano associati una streptotrix (*Nocardia tennis*, Castellani) e un cocco (*Micrococcus nigrescens*, Castellani). La sola streptotrix dà noduli gialli (tricomicosi gialla), il solo cocco non dà noduli.

La tricomicosi rossa, simile alla precedente, è costituita da noduli rossi. In essi si trova la stessa streptotrix, e un cocco (*Rhodococcus Castellanii*, Chalmers) che pure di per sè non è patogeno.

La stomatite criptobacillare si manifesta con placche larghe, sottili, biancastre, che hanno l'apparenza di un'incipiente leucoplasia. Da esse il Castellani ha isolato un fungo simile ai lieviti (*Cryptococcus graciloides*) e un bacillo (*B. vermiculoides*).

Certi sintomi di date malattie possono dipendere da associazioni microbiche.

Così nella scabbia l'eruzione pustolosa non dipende dall'acaro, ma dai piogeni: lo stesso si può dire per le eruzioni pustolose di altre acariasi.

Nella frambresia tropicale si ha un'eruzione di noduli, coperti di una crosta gialla brillante, che è dovuta ai piogeni, mentre la malattia fondamentale è dovuta alla *spirochaeta pertenuis*: se i noduli si medicano continuamente con un antisettico essi mancano della crosta gialla, benchè seguitino a svilupparsi in larghezza.

Nel tifo, quando il meteorismo è assai sviluppato, l'A. ha spesso trovato nelle feci abbondanti bacilli di Morgan che vivevano come in simbiosi col b. di Eberth, in quanto era difficile isolarli, e molte colonie che sembravano pure risultavano di un'associazione dei due germi. L'A. attribuisce a questa simbiosi una certa parte nell'accentuare il meteorismo, dovuto principalmente alla deficienza del tono della parete intestinale, poichè tale associazione microbica fermenta molti carboidrati, con produzione abbondante di gas, mentre i singoli germi isolati non sono gasogeni.

L'odore speciale della tigna favosa non pare dovuto all'Achorion, ma, secondo studi recenti dell'A., a batteri associati.

DORIA

SEMEIOTICA.

Anisocoria fisiologica o reazione di Tournay.

(SABBADINI. *Rivista oto-neuro-oftalmologica*, 1926, n. 2).

L'anisocoria che si produce durante i movimenti di lateralità degli occhi, era stata rilevata e studiata in soggetti patologici e normali da vari autori, fra i quali Marina, Giannelli e Obregia, che precisarono le modalità del fenomeno e ne studiarono il meccanismo di produzione.

Tournay, in una comunicazione fatta all'Accademia di Medicina di Parigi, fissò le leggi del-

l'isocoria e dell'anisocoria fisiologica ed i conseguenti corollari, nonchè le loro variazioni patologiche. La principale di queste leggi è che « come l'isocoria è la regola dello sguardo in linea retta, l'anisocoria lo è per lo sguardo di lato ».

Nella visione laterale si ha che la pupilla dell'occhio abdotto è più ampia di quella dell'occhio addotto. Lo stesso Tournay desunse il corollario: se esiste già anisocoria e siano conservati i riflessi di accomodazione e convergenza, l'anisocoria tenderà a scomparire se gli occhi guardano dalla parte della pupilla miotica, si accentuerà nel senso contrario.

L'anisocoria fisiologica nei movimenti di lateralità degli occhi è stata variamente interpretata: per alcuni si tratta di midriasi dell'occhio abdotto e di miosi dell'addotto, per altri di semplice midriasi dell'abdotto con immobilità dell'addotto, ed infine per altri di midriasi bilaterale con prevalenza a carico della pupilla abdotta.

Il fenomeno è stato esaminato anche in condizioni patologiche, ed in alcuni casi di lues cerebri, di paralisi progressiva, di tabe, di sclerosi a placche, di poliomielite anteriore, di morbo di Parkinson, di oftalmoplegia, nei quali o non si constatò alcun movimento pupillare, oppure il fenomeno inverso o reazione paradossa, ossia miosi invece che midriasi.

Marina, Giannelli ed Igi sostengono che il movimento pupillare nella visione laterale sia dovuto a stiramento ossia ad eccitazione per l'occhio addotto, dei nervi ciliari brevi (costrittori) che entrano in rapporto col globo a livello della sua parete esterna, e, per l'occhio abdotto, dei nervi ciliari lunghi (dilatatori) che entrano in rapporto col globo a livello della parete interna. Tournay ritiene che si tratti di un'associazione sinergica prima al movimento di convergenza e poi a quello di lateralità. Obregia di Bukarest attribuisce il fenomeno al fatto che le regioni periferiche della retina sono meno sensibili agli stimoli luminosi in confronto delle regioni maculari; per modo che quando gli occhi sono portati nella posizione di estrema lateralità e quindi la luce cade sull'a parte meno sensibile della retina, si avrebbe la necessità di una maggiore ampiezza pupillare.

L'A. ha studiato il fenomeno su soggetti normali, in individui affetti da forme varie di oftalmoplegia, da strabismo, da paralisi della convergenza e dell'accomodazione, da deviazione coniugata degli occhi, da malattie oculari, nervose o generali, da nistagmo, da cecità e gravi ambliopie, da vizi di refrazione.

I fatti osservati negli individui normali inducono alle seguenti conclusioni:

1) nell'occhio abdotto compare una midriasi netta a partire da una posizione laterale presso che costante;

2) nell'occhio addotto si produce una midriasi più lieve di quella verificatasi nell'altro occhio; prima della midriasi la pupilla di questo lato può rimanere inerte o mostrare una lieve miosi;

3) le modificazioni su dette corrispondono per grado alla vivacità del riflesso di accomodazione e convergenza.

I risultati ottenuti nei casi patologici confermano le conclusioni dedotte dagli esami degl'individui normali, nel senso che:

a) in quei casi nei quali i riflessi di accomodazione e convergenza sono normali, anche la reazione fisiologica rimane normale;

b) nei casi nei quali i riflessi pupillari sono indeboliti, anche la reazione fisiologica appare torpida;

c) nei casi infine nei quali i riflessi stessi sono spenti, anche la reazione fisiologica è abolita.

Esiste insomma un parallelismo tra la prontezza della reazione di accomodazione e convergenza e la vivacità dell'anisocoria fisiologica, quasi che la condizione necessaria perchè quest'ultima si verifichi sia l'integrità della prima.

L'equilibrio pupillare, che nella visione diretta è dovuto allo sforzo costante di convergenza e accomodazione, si turba contemporaneamente al turbarsi della funzione di convergenza ed accomodazione ad un determinato grado di spostamento (45° circa) laterale degli occhi.

In queste condizioni, anche se gli occhi fissano un punto remoto, le pupille non sono più sotto l'impulso eguale che le fa contrarre. Le pupille si dilatano disugualmente perchè nel movimento di lateralità entrano in azione due muscoli a funzione contraria, il retto interno di un lato ed il retto esterno dell'altro lato. La pupilla dell'occhio abdotto si trova sotto l'azione di un muscolo, il retto esterno, che non ha influenza sul movimento pupillare e non ne ha neppure nell'anisocoria fisiologica, perchè la midriasi si produce anche nei casi di paralisi del detto muscolo. Viceversa la pupilla dell'occhio addotto si trova sotto il dominio del muscolo retto interno, che ha relazioni sinergiche con i movimenti pupillari, quali quelli dell'accomodazione e della convergenza. È perciò che nell'occhio addotto si produrrà in primo tempo, il caratteristico fenomeno della convergenza, la miosi, e la midriasi, sempre in grado minore di quella dell'occhio addotto, si produrrà in secondo tempo quando lo stimolo consensuale tende ad esaurirsi o quando il movimento di lateralità supera la normale escursione della convergenza.

DR.

L'iperreflessia degli arti inferiori dopo il moto.

(W. G. SPILLER. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 28 agosto 1926).

Il comportamento dei riflessi in seguito a moto più o meno lungo e più o meno faticoso è stato oggetto di studi, ma finora con risultati non molto concordanti. Knapp e Thomas studiarono i riflessi dei giovani corridori che avevano corso per oltre ventiquattro miglia, e trovarono che l'influenza della stanchezza sui riflessi è variabile. Lombardi trovò che la fatica moderata provoca un deciso indebolimento dei riflessi patellari, ed interpretò le disprecanze fra le sue e le osservazioni di Sternberg rilevando che quest'ultimo autore aveva esaminati individui che si erano sobbarcati a sforzi estremi. Altri autori vennero alla conclusione che i riflessi sono esagerati dalla stanchezza, quando questa non superi certi limiti, e che la stanchezza eccessiva indebolisce o abolisce i riflessi tendinei. Knapp e Thomas trovarono che dopo una corsa i riflessi patellari s'indebolirono in 26 casi e si accentuarono solo in 4 casi; non riscontrarono mai clono; l'indebolimento per lo più era molto accentuato, e in tre casi si ebbe la scomparsa del riflesso. Anche il riflesso achilleo si presentava debole, ma la sua scomparsa non sempre coincise con la scomparsa del riflesso patellare.

L'A. ha avuto occasione di fare osservazioni sull'argomento in quistione durante l'ultima guerra.

Un soldato volontario dopo lunghe marcie avvertiva un senso di peso e di debolezza agli arti inferiori; un mattino seguente ad un giorno durante il quale aveva fatto una marcia più faticosa, si svegliò con ambo gli arti inferiori paralizzati. Si dovette ricoverarlo in ospedale. Si trovò che oltre la paralisi non c'erano altri disturbi. Tutte le forme di sensibilità erano normali, non c'era incontinenza vescicale ed anale. In capo a dieci giorni la motilità cominciò a ricomparire e dopo due settimane il soldato potette riprendere il suo servizio regolare. Successivamente si lamentò sempre di senso di peso e di debolezza agli arti inferiori ma non ebbe più paralisi. Egli prima di fare il soldato esercitava il mestiere di macellaio, e non aveva avuto nessun disturbo del genere di quelli su accennati fino a quando non fu costretto a fare 8-12 miglia al giorno con un carico di 50-60 libbre.

Egli fu esaminato alla fine della guerra nel 1921 dall'A. il quale trovò: notevole esagerazione dei riflessi patellari, clono bilaterale della rotula, clono del piede sinistro, Babinski bilaterale. La sensibilità vibratoria, di posizione, dolorifica e tattile erano normali su tutta la superficie cutanea, l'arto inferiore sinistro era leggermente più debole del destro, la cui motilità era integra. La puntura lombare e l'esame radiologico della colonna vertebrale non misero in evidenza anomalie di sorta. Sembra quindi probabile che in conseguenza del cammino eccessivo si siano verificate alterazioni organiche nel midollo spinale.

In un altro caso l'A. osservò iperreflessia dopo lievi sforzi, per modo che il fenomeno non si poteva attribuire ad esaurimento. Si trattava di un individuo sofferente di sciatica destra, il quale anche dopo un breve cammino, presentava una marcata accentuazione del riflesso patellare ed achilleo di destra, e clono del piede dello stesso lato. Al mattino seguente, dopo una notte di riposo, la reflettività dell'arto tornava normale.

L'A. considera la condizione come una probabile incipiente paralisi spastica, e l'assenza di segni di affezione organica del sistema nervoso centrale è in contrasto, circa il comportamento dei riflessi, con il caso alquanto analogo riportato da Rouquiers e Couretas.

Questi autori riferirono il caso di una siringo mielia cervicale, nel quale in seguito a stanchez za si manifestarono sintomi d'irritazione del fascio piramidale a carico degli arti inferiori. Quando il paziente era in riposo i riflessi patellari erano vivaci, gli achillei normali, e non c'era clono della rotula e del piede. Il cammino anche a passi lenti e breve modificava il contegno dei riflessi: i riflessi patellari si accentuavano; si aveva clono persistente del piede, meno pronunziato a destra, e clono persistente della rotula a sinistra, accenno di clono della rotula a destra; si aveva Babinski positivo a sinistra e qualche volta anche a destra. Questi segni d'irritazione piramidale scomparivano con qualche ora di ri poso. L'andatura era normale.

Rouquier e Couretas in base a tale osservazione si ritennero autorizzati ad affermare che vi sono condizioni nelle quali l'incipiente o lieve alterazione del fascio piramidale si estrinseca con un'accentuazione dei riflessi tendinei e l'inversione del riflesso dell'alluce, in seguito ai movimenti non faticosi degli arti inferiori.

DR.

TERAPIA E FARMACOLOGIA.

La sindrome di ipoglicemia insulinica.

(P. ESCUDERO, M. IRIART. *Revista del circulo medico argentino*, 1925, settembre).

La diminuzione del tenore in zucchero nel sangue al disotto della norma, sotto l'azione dell'insulina, dà luogo ad un quadro tossico noto come « sindrome di ipoglicemia insulinica (S. I. I.) ». La

vera causa di tale S. non si conosce: fra l'altro si ammette l'ipotesi dell'accumulo nel sangue di prodotti tossici endogeni, favorito dal basso tenore in glucosio. Il quadro dell'ipoglicemia è stato sperimentalmente prodotto dal Fischler già molti anni or sono, con la soppressione meccanica del fegato. Ipoglicemia non insulinica è stata anche osservata come conseguenza di ipoalimentazione prolungata nella terapia protratta del diabete grave. Ma queste ipoglicemie sono croniche, a differenza dell'I. insulinica: pur tuttavia, la S. I. I. è da considerarsi meno frequente di quel che non si creda.

I fattori che regolano la comparsa della ipoglicemia, sono i seguenti: percentuale del glucosio nel momento dell'iniezione; dose iniettata; contenuto glicoformatore della dieta.

Per studiare questa S. I. I., gli AA. hanno iniettato 10 U. di I. a 22 infermi dei quali 13 erano diabetici e gli altri con glicemia normale: vigilando il p., si constatò che solo un p. ebbe transitoria fame e sudore. In questo p. la glicemia scese dal 0,86 al 0,59 dopo due ore. Gli AA. concludono che le dosi di 10 U. di insulina, in soggetti normali, solo eccezionalmente producono lieve ipoglicemia che non richiede misure terapeutiche: nei diabetici le stesse dosi, a digiuno, non portano ad ipoglicemia. Le dosi, invece di 15-20 U. iniettate in soggetti non diabetici, con glicemia inferiore all'1 ‰, possono portare a S. I. I. di entità notevole. Nel trattamento abituale dei diabetici, 15-20 dosi U. date prima del pasto, od anche a digiuno, sono tollerate senza dar luogo ad ipoglicemie. Nelle esperienze degli AA. non furono notate ipoglicemie insuliniche negli infermi nei quali si praticavano una o due iniezioni quotidiane di insulina, per mantenere la aglicosuria. Una dose sicuramente ipoglicemizzante cessa di esser tale se la sua azione si neutralizza con il materiale glucoformatore della dieta.

Il tasso di glicemia al quale appaiono i sintomi della S. I. I., è variabile: molti AA. affermano che esso è rappresentato dalla cifra 0,75 %; gli AA. affermano essere questa alquanto superiore, e secondo le loro esperienze la riducono al 0,60-0,65 %. Ma anche con cifre di glicemia inferiori a queste, la S. I. I. non si presenta sempre: parrebbe dunque esatta la affermazione di Falta, secondo il quale i valori più bassi della glicemia, oscillano in una zona assai ristretta, accanto ad essa zona vi è una resistenza di difesa che non cede facilmente ed il cui meccanismo ci sfugge.

Altro fatto da mettere in evidenza è che nelle condizioni usuali del trattamento del diabete solo si può giungere alla ipoglicemia per grossolani errori nell'adeguare la dieta alla dose nonchè alla distribuzione dell'insulina.

Nella prevenzione dunque della ipoglicemia, dovrà il medico porre la maggiore attenzione ai casi che richiedono grandi dosi di insulina e la sua distribuzione in tre o più iniezioni. Così dovranno sorvegliarsi i pp. che escono dal coma o terminano uno stato febbrile infettivo, perchè, migliorando prontamente le sue capacità di ossidazione, le necessità in insulina variano in meno sempre più rapidamente.

È interessante conoscere il quadro clinico della S. I. I., che chiameremo, a seconda dei sintomi, « modico » e « grave ».

La ipoglicemia si inizia con sintomi insignificanti, si accentua progressivamente, così da essere intensa e passando da una forma all'altra con transizione lenta o rapida: le varie forme dell'ipoglicemia, sono gradi dello stesso processo.

Nella S. I. I. modica, il p. accusa una debolezza musculare, particolarmente alle braccia ed alle gambe: una volta fu osservato un vero tremore. Nello stesso tempo si ha senso di fame; la pelle è pallida, il sudore, modico o profuso, è costante. A seconda del temperamento del p. l'ansietà sarà più o meno manifesta. Può osservarsi incoordinazione nei fini movimenti. Questo quadro è stato dagli AA. chiamato « piccola ipoglicemia ».

La grande sindrome ipoglicemica non si stabilisce primitivamente: ad essa si giunge dopo essere passati per i gradi anzidetti, con i sintomi precedentemente notati. Gli AA. la constatarono in una inferma alla quale 55 minuti prima erano state iniettate 10 unità di insulina, per la quarta volta nella giornata, senza farle seguire da alcuna alimentazione: la glicemia aveva raggiunto il 0,41 ‰. La p. era prostrata, con estrema adinamia, pelle e mucose intensamente pallide, coperta da freddo sudore, sguardo vago, con strabismo funzionale per paresi dell'oculo motore interno sinistro, pupille midriatiche. Semi-incoscienza, risposte lente. Contrazione fibrillare dei muscoli peribuccali. Lieve trisma, polso 80, temperatura 35,6. Riflessi normali. Il quadro si dissipò con la somministrazione di adrenalina, succo d'arancia, siero glucosato. La p. non ricordò in seguito quel che aveva passato.

Nella maggior parte, il quadro sintomatico corrisponde ad eccitazione esagerata del sistema vago-simpatico: per eccitazione del vago si ha il sudore, la bradicardia, l'extrasistolia, il riflesso oculo-cardiaco, l'aritmia respiratoria; per eccitazione del simpatico, il pallore e la midriasi. Appartengono al sistema nervoso centrale il tremore, le contratture, le paresi e l'automatismo muscolare, i disturbi della coscienza, il delirio, l'amnesia. La debolezza muscolare potrebbe attribuirsi ad insufficienza transitoria delle capsule surre-

nali nello sforzo da esse fatto per eccitare il fegato alla difesa del processo glucogenolitico.

Come terapia della S. I. I. è utile il succo di arancia — 200-300 gr. — 10-20 gr. di glucosio, od in assenza, zucchero comune. Ottimo antidoto è l'adrenalina somministrata in iniezione.

MONTELEONE

Iperemesi da acidosi trattata con insulina.

(SEIDL. *Münch. Mediz. Woch.*, n. 36).

Dalle diverse teorie sull'etiologia e la patogenesi dell'iperemesi si ha sempre più la convinzione in questi ultimi tempi che la causa non sia da attribuirsi ad alterazioni nervose o psichiche, ma ad una vera intossicazione. Ed a favore di questa teoria stanno parecchi fatti, ed innanzi tutto i risultati delle autopsie nei casi seguiti da morte; così Lindemann insieme a processi degenerativi di diversi nervi riscontrò anche rigonfiamento torbido e degenerazione grassa del fegato e dei reni. Simili comunicazioni possediamo di altri autori, fra i quali Seitz, che scrive: « i risultati anatomo-patologici dimostrano senza dubbio una intossicazione, sono analoghi alle alterazioni che riscontriamo nelle intossicazioni da veleni chimici (arsenico, fosforo, cloroformio) e rappresentano un importante materiale di prova per la natura tossica dell'iperemesi ».

Numerosi risultati clinici dimostrano egualmente alterazioni organiche, che non possono essere spiegate solo con una nevrosi, e ciò vale sopratutto per il fegato, in cui l'aumentata eliminazione della bilirubina e la diminuita produzione di levulosi come il notevole aumento di acetone, di ac. acetico e di ac. ossibutirrico β sono una prova sicura di una grave affezione del fegato. Questi prodotti intermediari acidi dei materiali di ricambio si presentano talora nella gravidanza normale, ma non in grado elevato. Secondo le recenti comunicazioni di Bokelmann, Rother e Bock nella tossicosi gravidica sono i corpi acetonici che determinano lo stato acidotico, essendo inoltre dimostrato nella tossicosi gravidica stessa un considerevole aumento nel sangue dei corpi chetonici di gran lunga superiori ai limiti fisiologici e tali da costituire una vera chetonemia.

Sulla causa della formazione dei corpi acetonici e dalla loro origine si è generalmente quasi di accordo nell'ammettere che, quando si sottraggano all'organismo gli idrati di carbonio o per qualsiasi ragione essi manchino in tutto od in parte nelle sostanze alimentari o, come nel diabete mellito, sia turbato il valore degli idrati di carbonio, allora si produce l'acetonemia ed i corpi acetonici traggono origine principalmente dagli acidi grassi e talora dall'albumina. Che la iperacidità del sangue, che conduce all'acetonemia, rappresenti una grave minaccia e già da più tempo riconosciuto. Se non si riesce allora a ridurre nel sangue il contenuto dei corpi acetonici, provocandone la completa eliminazione mediante l'orina, l'ammalato può dirsi perduto Oggi ci troviamo nella fortunata condizione di poter con successo combattere questo, che costituisce il maggior pericolo, nel diabete mellito mediante l'insulina ed in breve tempo evitare l'acetonemia. Noi non possiamo dare una completa spiegazione della azione dell'insulina, ma dai molteplici esperimenti eseguiti possiamo con tutta probabilità ammettere la teoria che mediante l'insulina viene bruciato lo zucchero e quindi evitati i disturbi del ricambio, cioè l'iperglicemia e la formazione dei corpi cetonici.

I buoni ed innegabili risultati terapeutici ottenuti con l'insulina nel diabete mellito hanno indotto l'A. ad osservare quale influenza possa esercitare l'insulina stessa nell'iperemesi, tenuto conto della identica patochimica delle due malattie. Se il processo è d'origine endogena tanto nel diabete quanto nell'iperemesi, determinato cioè dal turbato ricambio degli idrati di carbonio, l'insulina dovrà determinare una diminuzione dell'acidosi e conseguentemente dei corpi cetonici. Thannhauser esprime il concetto che mediante l'insulina anche quando sia ridotto il livello dello zucchero nel sangue l'abbruciamento degli idrati di carbonio viene attivato ed impedita per conseguenza la formazione dei corpi acetonici.

In base alla esperienza pratica ed agli studi teorici doveva attendersi dalla insulina anche nell'iperemesi la seguente azione:

1) riduzione dell'acidosi del sangue e però un'azione sul vomito stesso;

2) per la ipoglicemia determinata dall'insulina anche un'azione favorevole sull'iperemesi, essendo noto come sintoma principale dello stato ipoglicemico la considerevole perdita dell'appetito.

L'A. ha trattato in tutto con l'insulina 10 casi di iperemesi e seguendoli per lungo periodo di tempo. In tutte le ammalate l'anamnesi era pressocchè uguale: gravidanza al 2° o 3° mese, nausee, eccitamento al vomito e più tardi vomiti, dopo ogni pasto, notevole diminuzione del peso del corpo; l'esame delle orine per l'acetone e l'ac. acetico con la prova di Legal e di Gerhardt positiva in 7 casi. Ogni ammalata ebbe giornalmente, mezz'ora prima del pranzo e della cena, 10 unità alla volta di insulina Sandoz per via sottocutanea. Con queste dosi si ebbero sempre regolarmente i sintomi della ipoglicemia, palpitazioni, irrequietezza, il senso della fame e contemporaneamente cessazione del vomito; le orine

presentavano solo traccie di corpi acetonici. Insieme a questa azione specifica dell'insulina era anche da notare la sua influenza sulla curva del peso. Sebbene in queste ammalate fosse stata interrotta la gravidanza,. pure l'A. ritiene che l'esame della storia clinica e l'andamento della curva del peso stessero chiaramente a dimostrare l'azione tipica della insulina nell'iperemesi. Nei primi mesi della gravidanza con l'uso della insulina aumenta rapidamente il peso del corpo mentre nello stesso tempo si ha una sollecita diminuzione dell'acetone nell'orina; se si sospende l'uso dell'insulina cessa tosto l'aumento del peso e ricompare l'acetonemia in notevoli proporzioni.

L'A. infine fa notare che anche con l'uso dell'insulina si incontrano non di rado ammalati di iperemesi incurabili, perchè vogliono esserlo, considerando che ogni individuo può artificialmente provocare il vomito; come possono anche verificarsi dei casi in cui, non solo senza l'insulina, ma anche senza alcun medicamento, si può verificare la guarigione; sono questi quei casi leggeri, che debbono ritenersi più propriamente come vomiti fisiologici della gravidanza.

Possiamo parlare di vera iperemesi, cioè di un vero stato patologico, quando insieme al vomito incoercibile esiste anche una considerevole ed accertata acetonemia, poichè, come si sa, i corpi acetonici non sono solamente un segno certo di una pericolosa alterazione organica, ma possono esercitare la loro azione tossica su tutto il sistema nervoso vegetativo e, nel nostro caso, sul centro del vomito. DE CHIARA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

TH. BRUGSCH e F. H. LEWY. *Die Biologie der Person.* Lf. 2-3. Urban e Schwarzenberg, 1926 Berlin-Wien. Mk. 21-19.80.

A breve distanza dalle prime due, vedono la luce la 3ª e la 4ª puntata del primo volume di questa opera voluminosa, che studia i vari problemi della anatomia, fisiologia e patologia costituzionali.

Vi troviamo trattati gli argomenti riguardanti: l'ereditarietà in particolare; l'anatomia individuale; la patologia individuale e i caratteri generali della morbilità; i rapporti tra la persona e l'agente infettivo, e tra la costituzione e la razza; e la durata della vita degli uomini.

Leggendo queste pagine, dense di osservazioni e di cifre, si ritrae, come per le precedenti, la convinzione che si tratti di un'opera completa in ogni suo lato, alla quale potrà sempre ricorrere con profitto lo studioso di questi speciali argomenti. M. F.

LEREBOULLET P. *La Grippe (Clinique, Prophylaxie, Traitement).* Un vol. in-16° di 144 pag. con fig. Ballière et F., ed., Parigi, 1926. Prezzo frs. 8.

L'A. esamina dapprima l'epidemiologia e la batteriologia dell'influenza, attribuendo al coccobacillo di Pfeiffer una importanza secondaria e riconoscendo la causa dell'influenza nel virus filtrabile a cui Olitzky e Gates diedero il nome di Bacterium pneumosintes.

Interessante è lo studio clinico delle forme leggere, di quelle complicate, con speciale considerazione delle complicazioni che il terreno, su cui si svolge, impartisce all'influenza.

Dopo un breve studio anatomico e biologico, dà precise ed utili indicazioni sulla diagnosi, sulla profilassi e sulla terapia.

fil.

J. RACHET. *La Gastroscopie.* G. Doin, 1926, 20 Fr.

La gastroscopia costituisce un metodo di esplorazione clinica ancora non molto diffuso ed usato. L'A. cerca di risolvere in questo lavoro il quesito se la gastroscopia possa e debba rappresentare, in vista dei risultati che fornisce, un metodo di corrente applicazione.

Il volume è diviso in 3 parti. In una prima parte vengono descritti i vari gastroscopi proposti: l'A. si serve nelle sue indagini del gastroscopio di Bensaude. In una seconda parte vien trattato in particolare della tecnica della gastroscopia e della scelta della posizione da dare al malato. Nell'ultima parte sono descritti e discussi i risultati dell'endoscopia gastrica definendosi la funzione e l'importanza che il metodo può avere in clinica. L'A. si basa specialmente sull'esperienza personale e vengono riportate figure, tavole, reperti radioscopici, schemi, ecc.

Questo lavoro clinico e sperimentale è certamente utile per farsi un'idea sullo stato attuale di questo metodo d'indagine.

D. M.

BASILE GIUSEPPE. *Lezioni di patologia speciale medica.* Tre volumi. Roma, Tip. Vichi e Sparaciani, 1926.

Sollecitato dagli studenti che seguirono i suoi corsi liberi di Patologia Medica, il Basile ha riunito in questi tre volumi le lezioni tenute in questi ultimi anni. Nel primo volume sono esposti i capitoli riguardanti le malattie infettive e dell'apparato circolatorio, nel secondo quelle del peritoneo e dell'apparato digerente, nel terzo quelle del rene e dei polmoni. Ne è risultato un completo compendio di Patologia Medica nel quale gli studenti potranno trovare ampio campo per la loro razionale istruzione medico scientifica, ma

sovratutto per la loro istruzione pratica, avendo l'A., poggiandosi sulla propria esperienza acquisita negli Ospedali e Istituti Scientifici di Roma, dato largo sviluppo nell'applicazione pratica della medicina, alle nozioni di terapia e di semeiologia esposte nel libro in quella forma piana e chiara ricercata dallo studente.

Al libro, che vede la luce in nitida veste tipografica ed adorno di numerose figure, non mancherà la più ampia diffusione nelle scuole Mediche Italiane.

M. R.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Pubblicato sotto la direzione di E. ABDERHALDEN. Puntata 140. Urban e Schwarzenberg, edd., Berlino, 1924. Prezzo G. M. 5,40.

In questa puntata del noto trattato viene descritta la tecnica per le ricerche morfologiche sperimentali. J. G. Mönckeberg tratta i metodi per lo studio del cuore nel cadavere, H. Loeschcke e H. Weinnaldt quelli per l'apparato genitale e le capsule surrenali, lo stesso Loeschcke quelli per l'apparato digerente ed il pancreas.

Segue poi una monografia di C. Kaiserling sui metodi per l'allestimento di preparati anatomici per collezione ed una di A. Schmincke sulla tecnica per lo studio della patologia dell'accrescimento e dello sviluppo dei tessuti.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

La V Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi.

(*Continuazione, v. num. prec.*).

L'evoluzione anatomica del tubercolo dalla istogenesi sino alla formazione della cavità.

(Relazione del dott. KRAUSE, professore di medicina all'Università di Johns Hopkins di Baltimora).

L'oratore tratteggia largamente l'evoluzione anatomica del tubercolo, insistendo specialmente sul significato funzionale delle differenti fasi di questa evoluzione.

Perchè, egli si domanda, l'organismo reagisce contro il bacillo di Koch con la formazione del tubercolo? Quale azione il tubercolo esercita su questi bacilli? Ed ancora: che cosa rappresenta il tubercolo nell'organismo?

(Il tema generale è presentato sotto forma di svolgimento delle seguenti questioni).

1) Per tubercolo devesi intendere qualsiasi reazione anatomica, di fronte ai bacilli tubercolari.

2) Il tubercolo si presenta sotto due forme principali: forma nodulare e forma non nodulare.

3) Il nodulo tubercolare risulta dalla reazione anatomica naturale dei tessuti contro i bacilli della tubercolosi.

4) Le formazioni non nodulari sono l'espressione di una reazione nuova acquisita dall'organismo.

5) Studio morfologico dell'origine e dell'evoluzione del nodulo tubercolare primario.

6) Studio della struttura microscopica del nodulo tubercolare all'inizio.

7) Natura intima del processo che porta alla formazione del nodulo tubercolare: prova, che tutto si riduce ad una proliferazione di cellule in situ.

8) Discussione circa l'origine dei diversi elementi cellulari che entrano a costituire il nodulo tubercolare.

9) Perchè i tessuti reagiscono contro il bacillo di Koch con la formazione di noduli tubercolari: funzione prima del nodulo.

10) Riassunto di quanto è stato detto circa gli aspetti anatomici e funzionali del nodulo tubercolare all'inizio.

11) Stato allergico. Condizioni che regolano la comparsa di esso.

12) Manifestazioni anatomiche generali dello stato di allergia.

13) L'anecrosi (caseificazione) è l'effetto di una reazione allergica.

14) Una volta stabilitosi, l'allergia modifica la costituzione di ogni sorta di tubercolosi presente e futura.

15) Ripresa dello studio sulla evoluzione anatomica del nodulo tubercolare modificato dallo stato allergico.

16) Come si formano i grandi noduli tubercolari.

17) La sclerosi.

18) Cenni sommari circa lo sviluppo del nodulo tubercolare.

19) Ultima tappa dell'evoluzione anatomica del nodulo tubercolare: inizio dell'ulcerazione e della caverna.

20) Lesioni diffuse prodotte dal bacillo di Koch.

21) La tubercolosi miliare da reinfezione di origine endogena.

22) Ricapitolazione.

Riassunto. — Per ragioni a noi ignote, i bacilli tubercolari riescono a moltiplicarsi nell'organismo di alcuni animali: fra questi animali « l'uomo ».

Se i bacilli si sviluppano lentamente essi hanno una costituzione solida ed una vitalità tenace. Essi debbono tali proprietà alla loro ricchezza in materie grasse, rappresentate specialmente da una fra le più resistenti. I bacilli contengono anche una o più sostanze proteiche combinate in modo speciale con la cera. Invasi per la prima volta dai bacilli tubercolari vivi, i tessuti reagiscono con la formazione di noduli tubercolari ed i tessuti formano i noduli perchè questa è la loro reazione di fronte ai grassi dei bacilli e perchè dispongono naturalmente di sostanze refrattarie « foreign bodies » delle quali non possono liberarsi, nè per distruzione diretta, nè per dissoluzione.

La formazione dei noduli tubercolari rappresenta in ultima analisi una manovra di protezione e di conservazione, immaginata per avviluppare i bacilli di Koch e tagliar loro il cammino verso i tessuti sani. Nella maggior parte dei casi di infezioni tubercolari i novanta casi su cento, che non si manifestano mai clinicamente, il nodulo tubercolare ha compiuto la sua missione difensiva con successo, non lasciando sfuggire nè bacilli nè altri prodotti nocivi che racchiude. (Albumine disgregate provenienti dai costituenti cellulari del tubercolo).

La costituzione del tubercolo nodulare si effettua lentamente a spese e per proliferazione delle cellule in situ e costituisce un processo circoscritto. Per la presenza del nodulo tubercolare nell'organismo, i tessuti esaltano il loro potere reattivo contro i bacilli. Tale potere reattivo si esplica specialmente contro le sostanze proteiche del bacillo tubercolare. La nuova condizione in cui vengono a trovarsi i tessuti, si chiama stato di allergia o stato di ipersensibilità. Le reazioni provocate dalle proteine bacillari si chiameranno reazioni allergiche. La reazione allergica produce le formazioni tessulari diffuse non nodulari. Essa infatti si accompagna ad una essudazione rapida degli elementi cellulari del sangue, essudazione che dà origine alle infiammazioni acute ed ai versamenti. Perciò l'allergia tessulare rappresenta un meccanismo di protezione e di conservazione. Le reazioni infiammatorie quasi immediate arrestano la progressione dei bacilli tubercolari, progressione così facile nell'organismo di animali non allergizzati. L'allergia inchioda i bacilli in situ anche meglio del nodulo tubercolare dall'inizio. Pure l'allergia rende l'animale malato in modo acuto e spesso anche grave. Ad infezione compiuta, l'allergia diventa l'arma principale con la quale l'organismo combatte la disseminazione illimitata d'infezione, che accompagnerebbe fatalmente queste frequenti e catastrofiche rotture di focolai tubercolari e combatte ogni mobilizzazione più o meno importante di bacilli migranti.

La reazione allergica infiammatoria, stimola fortemente il nodulo tubercolare a formare tessuti fibrosi e prepara così il terreno affinchè la formazione dei tubercoli abortisca o passi allo stato cronico, quando gli episodi infiammatori acuti sono passati. I tessuti formano tubercoli nodulari attorno a sostanze inerte ed a corpi estranei non microbici. Allo stesso modo, essi trattano i lipoidi estratti dai bacilli di Koch e gli stessi bacilli morti. Dal punto di vista strutturale ed anatomico trattasi di tubercolosi, ma essendo prodotta da agenti provocatori non vitali, sarà una tubercolosi inerte, cui manca il potere di espansione di eruzione, e di invadenza, attributi principali e necessari che fanno della tubercolosi «la terribile malattia».

I bacilli tubercolari viventi, virulenti come sono e capaci di moltiplicarsi e di persistere nell'organismo, rappresentano nella tubercolosi che essi provocano, un vero e proprio innesto parassitario invadente, con potere di estensione e di progressione praticamente illimitato. Quando gli animali diventano tubercolosi, i loro tessuti in stato allergico, reagiscono contro le proteine dissociate del bacillo di Koch (tubercoline) con fenomeni infiammatori acuti e loro conseguenze. (Necrosi e stimolazione di tessuto di coniugazione fibroso). Dal punto di vista anatomico, le tubercoline come pure i bacilli morti, provocano entrambi formazioni tubercolari diffuse e queste sono essenzialmente simili a quelle prodotte dai bacilli tubercolari vivi. Ne consegue, che è possibile a chi voglia riprodurre sperimentalmente utilizzando bacilli morti, tutti gli aspetti e tipi fondamentali delle formazioni che noi sappiamo essere prodotti dai bacilli vivi. Si possono considerare le lesioni tubercolari come le risultanti dell'azione combinata dei lipoidi e delle proteine del microrganismo in questione. La «malattia» tubercolosi è basata sulla estensione, la progressione e la ripetizione delle formazioni tubercolari. La differenza essenziale che esiste tra la malattia tubercolosi prodotta da bacilli vivi ed uno stato di formazioni tubercolari prodotte da bacilli morti, consiste nel potere che posseggono i bacilli vivi di provocare lo sviluppo continuo ed indefinito della tubercolosi. I bacilli vivi rendono possibile questa moltiplicazione illimitata e lo sviluppo di nuovi focolai come pure lo attacco periodico o continuamente progressivo dei focolai per mezzo di processi distruttivi quali la necrosi e la formazione di cavità.

Tali processi sono proporzionati alla quantità di antigene (proteine) messe in libertà dai bacilli in via di accrescimento e di distruzione nell'interno dei focolai. I noduli tubercolari più larghi, originano in generale dalla fusione di tubercoli più piccoli. Il ciclo di ogni tubercolo è influenzato dal fatto se nasca su terreno allergico o no. La sorte di ogni focolaio tubercolare dipende dalla lotta ingaggiata tra la necrosi centrale e la sclerosi periferica. La necrosi del tubercolo è un effetto dell'allergia. La necrosi inizia al centro del tubercolo e si estende alla periferia. La sclerosi risulta dalla trasformazione delle cellule epiteliali del nodulo tubercolare in tipi fibro-blastici. Tale trasformazione è attivata dalla reazione allergica. La sclerosi inizia alla periferia e progredisce verso il centro. Ciò che nelle produzioni tubercolari importa maggiormente per l'economia generale, è l'integrità, è l'efficacia degli anelli fibrosi che le circondano.

Tale tessuto fibroso si interpone tra i bacilli circoscritti — altrimenti sempre pronti a produrre nuovi focolai — e l'organismo: si interpone anche tra i prodotti tossici del focolaio e l'organismo che altrimenti resterebbe contaminato. L'impiego di un battericida, sarebbe la terapeutica ideale. Aspettandone la scoperta, lo studio dell'evoluzione anatomica del tubercolo sembra indichi le vie di ricerche seguenti come degne di indagine:

1) cercare un mezzo od un metodo per accelerare e moltiplicare la divisione cellulare e la

sclerosi. Ciò forse può far temere di stimolare la tendenza propria dei tessuti a generare neoplasmi;

2) cercare di neutralizzare i prodotti tossici della reazione allergica. Tale mezzo pur non essendo uno specifico, riuscirebbe di grande utilità in tutte le malattie infettive;

3) cercare la neutralizzazione dei prodotti tossici provenienti da focolai tubercolari.

Per ragioni frequentemente espresse noi crediamo che non siano prodotti specifici bensì sostanze originate dalla morte e dalla decomposizione delle cellule costituenti il focolaio. È mai possibile che non si possa trovare un antidoto o scoprire una sostanza capace di premunire l'organismo dai loro effetti fisiologici così disastrosi? Potendo diminuire o controllare i sintomi generali della tubercolosi polmonare cronica, anche non potendone influenzare direttamente il processo anatomico, sarebbe già un enorme guadagno. Oggi noi guardiamo all'accerchiamento fibroso, cercando di rafforzarlo. I nostri metodi, pure imperfetti, compiono miracoli, non possiamo adunque sperare completarli con misure dirette contro i prodotti tossici dei focolai tubercolari o diretti in modo meno empirico contro i sintomi che questi prodotti originano?

(Continua).

XVII Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

23 ottobre 1926, ore 10.

SEDUTA INAUGURALE.

Il Congresso si svolge nel Salone della Biblioteca Umberto I nell'Ospedale Civile di Venezia.

Alla seduta inaugurale parlano il Prefetto comm. Coffari, il comm. dott. Spandri, Presidente dell'Amministrazione dell'Ospedale Civile, il prof. Ligorio, Direttore dell'Ospedale, il prof. Donati che rappresenta il Rettore Magnifico della Regia Università di Padova, il dott. Putelli per la Società di Oto-Rino-Laringoiatria, il prof. Putti, Presidente della Società Italiana di Ortopedia.

In seduta privata il prof. PUTTI dà comunicazione della nobile iniziativa dell'Amministrazione dell'Ospedale Civile di Venezia che mette a disposizione della Società Italiana di Ortopedia una cospicua somma alla quale il prof. Delitala aggiunge un suo generoso contributo perchè essa costituisca il premio di un concorso al quale prendano parte i lavori di un tema relativo alle discipline ortopediche da stabilirsi dalla Società stessa. Il prof. Putti dopo di aver rivolto un entusiastico ringraziamento propone e l'Assemblea approva con unanime consenso che l'argomento di studio sia «Un trentennio di trattamento cinematico dei monconi», mettendo in luce come questo capitolo di terapia riparatrice sia una pura gloria italiana, perchè in Italia nacque nella mente del Vanghetti l'idea prima e in Italia trovò il suo maggior sviluppo.

Ore 14. — Seduta pomeridiana.

Relazione del prof. DELITALA e del dott. MARCONI (Venezia).

Il trattamento delle fratture articolari e dei loro esiti.

Fratture dell'estremo superiore dell'omero.

1) In prima linea *metodi incruenti*:

a) Nelle fratture incomplete, incuneate, senza spostamento, sia del collo anatomico che chirurgico, immobilizzazione in abduzione per dieci, venti giorni, seguita da massaggio, mobilizzazione passiva, bagni di aria calda, ecc.

b) Nelle fratture del collo sia chirurgico che anatomico con spostamenti dà buoni risultati la immobilizzazione in abduzione, con o senza estensione continua. Negli spostamenti gravi riduzione cruenta in narcosi e successivamente immobilizzazione in abduzione con o senza trazione continua. I Relatori preferiscono di immobilizzare con apparecchio gessato, più pratico e più contentivo di tutti gli apparecchi ideati per la cura delle fratture dell'arto superiore. L'immobilizzazione non oltrepassa in genere i trenta giorni, poi cure fisiche e kinesiterapiche.

2) *Trattamento cruento.* — Va riservato solo ai casi con grande spostamento, irriducibili o con disturbi vascolo-nervosi.

Nelle fratture-lussazioni recenti, se è fallita la cura incruenta, che bisogna sempre tentare, si procederà alla riduzione cruenta. L'estirpazione del frammento cefalico sarà giustificata solo se esso è molto piccolo o pluri-frammentato.

L'estirpazione del frammento cefalico lussato è invece indicata nelle fratture-lussazioni inveterate.

Nelle fratture ostetriche è bene impiegare l'iperabduzione secondo Withmann; negli altri casi la abduzione va regolata secondo il grado di abduzione del frammento superiore; è utile immobilizzare in un certo grado di rotazione esterna, con anteposizione del gomito.

Gli esiti di fratture della spalla consistono quasi sempre in rigidità della spalla stessa. Il più delle volte è sufficiente la cura ortopedica incruenta: in qualche raro caso, se vi sono deformità notevoli, osteotomia del callo: per gli esiti in anchilosi, se l'anchilosi è in buona posizione, i movimenti della scapola suppliscono a quelli della scapolo-omerale. Se la posizione è cattiva osteotomie para-articolari o artroplastica.

Fratture di gomito. — Al gomito si possono ottenere col solo trattamento incruento degli ottimi risultati: questo vale soprattutto per le fratture sopra-condiloidee, per le fratture dei condili e degli epicondili, per le fratture parcellari del radio e della coronoide.

Dopo riduzione della frattura, che si ottiene quasi sempre (eccetto che nelle fratture sopra-condiloidee per flessione) con movimenti di trazione e di flessione dell'avambraccio, combinati con manovre dirette sul focolaio di frattura, sarà bene

immobilizzare in flessione ad angolo retto od acuto, con l'avambraccio supinato.

L'immobilizzazione verrà fatta di preferenza con stecca gessata posteriore o con apparecchio circolare non troppo costrittivo.

La mobilizzazione deve essere precoce: nei giovani poco massaggio.

Le deviazioni laterali in varismo o valgismo vengono meglio corrette con gli apparecchi di gesso in estensione, che possono essere alternati a quelli in flessione per evitare rigidità in un senso o nell'altro.

Il trattamento cruento verrà riservato alle fratture sopra-condiloidee a grande spostamento non riducibili incruentemente, non potendosi sperare in una buona funzione del gomito, quando le condizioni anatomiche non sono pressochè normali (riduzione cruenta con o senza osteosintesi).

Il trattamento cruento è di scelta nelle fratture comminute, quasi sempre a grande spostamento (osteosintesi o resezione modellante del capo omerale), nelle fratture parcellari, nelle quali i frammenti si comportano come corpi liberi articolari e disturbano la funzione, nelle fratture dell'olecrano.

Nelle fratture dei condili e degli epicondili sarà bene non eccedere nel trattamento cruento, che non si è dimostrato superiore, non ostante la ricomposizione anatomica della parte, al trattamento incruento.

Gli esiti (rigidità) si avvantaggiano molto della cura ortopedica incruenta. Se nelle fratture mal consolidate vi è qualche ostacolo osseo che limita notevolmente la funzione, asportarlo; di rado conviene praticare l'osteotomia del callo: piuttosto osteotomia lineare o cuneiforme sopra-condiloidee.

Nei disturbi nervosi, se si tratta solo di contusione del nervo che risale all'epoca della frattura, cure elettriche; in caso contrario sbrigliamento ed isolamento del nervo, asportando anche gli eventuali frammenti ossei che determinano la compressione diretta sul tronco nervoso.

Fratture di polso. — Al polso si può avere una buona funzione con deformità anche notevole. Il trattamento incruento dà quasi sempre ottimi risultati.

La riduzione delle fratture di Colles (che costituiscono la maggioranza delle fratture di polso) nei casi con deformità (a dorso di forchetta ed a baionetta) va fatta in narcosi.

L'immobilizzazione viene fatta dalla maggioranza degli AA. in flessione volare-ulnare, nella stessa posizione cioè di riduzione. Pochi adottano la flessione dorsale della mano. Tra gli apparecchi immobilizzanti predomina l'uso di stecche gessate volari, di ferule tipo Schede o meglio di apparecchi circolari gessati.

La mano viene messa in pronazione, essendo il pericolo del « décalage » nullo in pratica, nelle fratture basse di polso.

Le fratture di Goyrand sono rarissime: sono ridotte ed immobilizzate in flessione dorsale.

Nelle fratture articolari la riduzione consiste sopratutto in manovre di « pétrissage » sul focolaio di frattura: immobilizzare deviando poco la mano e nel senso più consono al tipo di frattura.

La durata dell'immobilizzazione deve essere breve: 15-20 giorni. Nelle fratture senza spostamento si può applicare solo un palmare di cartone, ed iniziare il massaggio ed i movimenti già al 5°-6° giorno.

È più difficile correggere la deformità a baionetta che quella a dorso di forchetta.

Persiste talvolta anche nelle fratture ben ridotte e con funzione ottima, una sublussazione dell'estremo ulnare inferiore verso l'esterno e dorsalmente, dovuta certamente a lacerazione di legamenti durante la frattura.

Gli esiti cattivi sono dati da rigidità del polso e delle dita, guaribili o migliorabili con le cure ortopediche incruente; da limitazione della supinazione per mancata riduzione della frattura e callo grosso con sinostosi tra radio ed ulna. In tali casi è necessario intervenire cruentemente.

Rarissima la pseudoartrosi e le paralisi ischemiche.

Fratture dell'estremo superiore del femore. — Le fratture dell'estremo superiore del femore sono nella quasi totalità costituite da fratture transcervicali, e dalle cervico- e inter-trocanteriche. Le fratture della testa, i distacchi epifisari, le sottotrocanteriche rappresentano una parte esigua.

Il carattere che allontana e differenzia l'evoluzione di tali tipi di frattura (soprattutto le transcervicali) da quelle delle fratture di altre regioni, è il ritardo di consolidazione, per cui esse danno luogo facilmente a pseudoartrosi.

Anche dalla statistica dei Relatori viene riconfermato il concetto che la consolidazione spontanea è tanto più sicura e relativamente più precoce, quanto più dalla testa, ci avviciniamo alla base dei trocanteri. Su tale osservazione si impernia il trattamento di dette fratture del collo del femore.

Dei metodi di cura incruenta proposti per tali fratture ne restano in campo solo tre: il metodo originale di Withmann, il metodo adottato da Rossi (riduzione, immobilizzazione e trazione continua) e il metodo Withmann modificato. Questo ultimo venne sempre impiegato dai relatori nei casi trattati incruentemente.

Esso consiste nella riduzione della frattura (di solito in anestesia generale) con manovre di flessione, di rotazione interna, e di trazione meccanica (letto a trazione), seguita dalla contenzione in un apparecchio gessato a cintura pelvica, che arriva in basso sino alle dita del piede. L'arto viene mantenuto in modica abduzione (in modo tale che la deambulazione riesca possibile) e in rotazione interna. Se vi è incuneamento, i relatori disincuneano solo quando prevedono dei buoni poteri osteo-genetici da parte del paziente: se l'individuo è in condizioni generali poco buone, allora lasciano persistere l'incuneamento, certamente con svantaggio per il buon atteggiamento dell'arto, ma con vantaggio per la consolidazione.

Il trattamento incruento risponde bene nelle fratture inter- e cervico-trocanteriche, e nelle transcervicali basse.

Alle fratture della parte media del collo ed alle sottocapitali, viene riservato il trattamento cruento che i Relatori usano primitivamente se non vi è alcuna controindicazione di ordine generale.

Preferiscono praticare l'incavigliamento previa artrotomia anteriore; il materiale impiegato per l'osteosintesi (incavigliamento della frattura lungo l'asse del collo) può essere o una lunga vite metallica, tipo Lambotte, o l'autotrapianto d'osso prelevato dalla tibia o dal perone. Le caviglie di osso morto, di avorio, i chiodi, si sono mostrati insufficienti.

L'autotrapianto d'osso vivente rappresenta il metodo ideale, perchè agisce come mezzo di sintesi e come stimolatore dell'osteogenesi. Richiede però una lunga immobilizzazione.

La vite rappresenta un mezzo rapido di sintesi per quanto meno perfetto.

In pratica, si è visto però nei malati curati dai Relatori che anche la vite è molto ben tollerata ed è un prezioso ausilio nel trattamento cruento delle fratture del collo femorale.

In linea generale anche gli individui trattati con osteosintesi vanno immobilizzati per lungo tempo in apparecchio gessato. I Relatori allo scopo di abbreviare la cura hanno rimesso in vigore in qualche caso di frattura transcervicale e intertrocanterica il vecchio sistema dell'osteosintesi con vite, seguita dalla cura funzionale precoce dell'articolazione, permettendo la deambulazione senza alcun apparecchio al massimo dopo un mese dall'intervento. I risultati anche a distanza di tempo sono soddisfacenti.

Le fratture della testa portano facilmente all'anchilosi della articolazione. Possono essere trattate con la resezione della testa fratturata, seguita da artroplastica. I risultati di tale intervento, eseguito in tali condizioni sono però sempre molto dubbi.

Tra gli esiti cattivi sono da ricordare la coxa vara, la pseudo-artrosi, l'artrite deformante.

Nei ritardi di consolidazione si può ottenere qualche buon risultato da una nuova prolungata immobilizzazione: se si tratta di una pseudoartrosi già costituita conviene solo operare: incavigliamento con stecca, tibia o perone previa artrotomia.

Fratture dell'estremo inferiore del femore. — Rispetto alle altre fratture articolari rappresentano una percentuale molto bassa.

Negli adulti con fratture recenti sopra- ed intercondiloidee con moderato spostamento, la trazione continua con cerotti applicata per una quindicina di giorni, a ginocchio flesso, riesce a migliorare notevolmente la posizione dei frammenti.

L'atteggiamento in flessione secondo i precetti di Zuppinger, è in queste fratture di capitale importanza. La flessione viene mantenuta o con stecche gessate foggiate a doppio piano inclinato, o con cuscini posti sotto al poplite, o con un apparecchio tipo Zuppinger. La trazione va fatta lungo l'asse della coscia. Alla trazione a pesi viene poi sostituito un apparecchio gessato, sempre in flessione, che viene lasciato per circa altri quindici giorni. Poi movimenti, massaggi, ecc.

Nelle sopra-condiloidee a grande spostamento, la trazione diretta sullo scheletro (chiodo infisso nell'asse bicondiloideo) con l'arto flesso al ginocchio, rappresenta il metodo di scelta. Si possono ridurre degli spostamenti notevolissimi.

Nelle intercondiloidee a grande spostamento, l'osteosintesi della frattura, con la ricostruzione anatomica esatta dell'estremo femorale inferiore deve essere impiegata ogni qual volta la riduzione incruenta non ha raggiunto l'effetto desiderato. La tecnica dell'intervento va adattata caso per caso. Per l'osteosintesi possono essere sufficienti dei tagli laterali, per una maggiore visione dell'estremo articolare si possono impiegare i tagli di Payr, Putti, Ollier, come nelle mobilizzazioni.

Gli esiti vanno trattati o con osteotomia del callo e riduzione in buon atteggiamento delle fratture, o con osteotomie sopracondiloidee.

Fratture dell'estremo superiore della tibia. — Al trattamento incruento di tali fratture si addicono bene gli stessi criteri e gli stessi metodi che vennero indicati per le fratture dell'estremo inferiore del femore. Quindi estensione continua in flessione, rapida mobilizzazione, ecc. Naturalmente la forza traente viene applicata lungo l'asse della gamba.

È frequente l'emartro che va aspirato in ogni caso.

Di solito il trattamento incruento è sufficiente nelle sottocondiloidee od unicondiloidee senza o con poco spostamento.

Se vi è spostamento, soprattutto un dislivello della superficie articolare tibiale, non bene riducibile con la trazione, è opportuno intervenire cruentemente con una osteosintesi dei frammenti. In tali fratture uni od intercondiloidee, l'avvitamento è forse il mezzo di sintesi più pratico.

L'osteosintesi, tanto in questa frattura, come in quelle dell'estremo femorale inferiore, ha il grande vantaggio di permettere una precoce mobilizzazione dell'articolazione.

Fratture della rotula. — Prevale in tali tipi di fratture il trattamento cruento che ha il vantaggio di assicurare un callo solido, senza diastasi dei frammenti, e che permette una precoce mobilizzazione del ginocchio.

Ai Relatori ha sempre risposto molto bene il cerchiaggio con filo metallico: anche l'avvitamento o la sutura metallica possono però trovare il loro impiego.

Il trattamento incruento prolunga la cura per quattro, cinque mesi (Cignozzi).

Col trattamento cruento si può cominciare la mobilizzazione del ginocchio dopo il decimo giorno: dopo un mese od un mese e mezzo si ha il ripristino della funzione articolare quasi al completo.

Fratture del collo del piede. — Gli spostamenti più frequenti e che devono essere corretti con cura delle fratture del collo del piede (bimalleolari e di

Dupuytren) sono il valgismo del piede, la sua sublussazione posteriore, un certo grado di equinismo, la diastasi tibio-peroniera.

Anche nelle fratture del collo del piede prevalgono i metodi di cura incruenti. È da tener presente che riduzione anatomica esatta e buon risultato funzionale sono strettamente legati.

Nelle fratture isolate del malleolo tibiale o peroniero è sufficiente una doccia gessata posteriore: solo in qualche caso, nel quale, alla frattura del malleolo peroniero si associa (per la rottura dei legamenti tibio-peronei) un certo grado di diastasi, è necessario porre il piede in leggero varismo.

L'atteggiamento in varismo del piede è la posizione di scelta per immobilizzare le fratture bimalleolari e di Dupuytren: tale posizione permette quasi sempre la riduzione completa della frattura, anche in caso di spostamenti molto notevoli: con essa si correggono contemporaneamente lo spostamento in valgismo e la diastasi. L'apparecchio gessato, circolare, ben modellato, si è dimostrato il miglior mezzo di contenzione.

Se concomita una frattura marginale posteriore (la frattura marginale posteriore isolata è molto rara) con lussazione posteriore del piede, si corregge tale spostamento impartendo al piede un movimento di prepulsione da dietro in avanti, mantenendo ben fisso il terzo inferiore della gamba.

L'equinismo del piede dovuto a contrattura del tricipite surale si vince molto facilmente quando la riduzione della frattura è molto precoce: se è ritardata, anche di sole 24 o 48 ore, il movimento di flessione dorsale impresso al piede determina talvolta, invece che un rilasciamento del muscolo, uno spostamento dei frammenti, soprattutto del frammento peroniero verso l'indietro. Perciò è opportuno correggere l'equinismo a tappe nei giorni successivi all'applicazione dell'apparecchio gessato.

È bene porre il piede in varismo, anche nelle fratture senza spostamento, perchè non si può escludere a priori una rottura dei legamenti tibioperonei inferiori e quindi il pericolo di una successiva diastasi.

Il primo apparecchio gessato viene tenuto in media 25-30 giorni: esso viene poi sostituito da un secondo apparecchio gessato, amovibile (o stecca gessata posteriore) che riporti il piede in posizione normale, e che permetta contemporaneamente l'inizio di cure fisiche (calore, massaggio, ecc.).

Il primo apparecchio deve essere molto contentivo: se dopo i primi 10-15 giorni, fosse diventato troppo largo, sarà bene rinnovarlo.

Le fratture sopramalleolari senza spostamento vengono immobilizzate in apparecchio gessato, trattando tali fratture come le fratture diafisarie. Se vi è accavallamento, può essere utile un periodo di trazione continua. Durante l'applicazione dell'apparecchio gessato si cercherà naturalmente di correggere contemporaneamente anche le altre deviazioni del piede in varismo, valgismo, nel senso antero-posteriore.

Il trattamento cruento nelle fratture del collo del piede viene limitato ai casi irriducibili ed incontenibili, dimostratisi tali e clinicamente e radiologicamente.

L'intervento può consistere o nella riduzione cruenta seguita da osteosintesi di un solo frammento (del frammento tibiale o del frammento peroneale) o dall'osteosintesi dei due malleoli fratturati, contemporaneamente.

I Relatori hanno visto che non ci si può schematizzare in tali interventi ma che converrà stabilire volta per volta, secondo il tipo di frattura, quale è la condotta migliore da tenere. L'avvitamento del malleolo interno ha permesso loro parecchie volte di ridurre delle fratture che presentavano anche una frattura del malleolo peroniero ed una marginale posteriore a grande spostamento.

Come vie d'accesso sono sufficienti il più delle volte i tagli laterali in corrispondenza dei malleoli.

Nelle fratture sopra-malleolari, falliti i tentativi di cura incruenta, si procederà al cerchiaggio se la frattura è obliqua, oppure specie se la frattura è trasversale, all'osteosintesi con viti, o con placca.

Negli esiti cattivi, dovuti a viziata consolidazione, per incompleta riduzione della frattura, o per deformazione prodottasi secondariamente (piede valgo-piatto traumatico) viene consigliata o l'osteotomia nel focolaio di frattura seguita da osteosintesi, o l'osteotomia a distanza sopramalleolare, o la resezione modellante, o l'astragaleoctomia.

Ai Relatori ha dato buoni risultati l'osteotomia del callo seguita da osteosintesi con lunghi chiodi di Codivilla.

(Continua).

V Congresso della Società Italiana di Urologia.

Padova, 29-30 ottobre 1926.

Nell'aula della R. Clinica Chirurgica dell'Università di Padova, nella mattinata del 29 ottobre, dal Rettor Magnifico, on. Bodrero, fu inaugurato il V Congresso della Società Italiana di Urologia. L'O. con poche, ma simpaticissime frasi si disse lieto di ospitare nella nuova aula tanti cultori di una delle più importanti branche della Chirurgia e pregò il prof. Donati affinchè della inaugurazione svolgesse la parte tecnica. Il prof. Donati ricordò come l'Urologia, scienza nata in Italia, pur mantenendosi nei limiti di una disciplina figlia della Clinica, aveva raggiunto con i mezzi sussidiarii meccanici, chimici ed ottici una grande indipendenza ed aveva avuto il merito di sviluppare la diagnostica funzionale dei reni a tal punto di importanza da rendersi indispensabile non solo negli interventi sul sistema urinario, ma su quelli di tutti gli altri sistemi.

Il prof. Ferria, presidente della Società, aprendo la prima seduta disse poche parole in memoria dei soci onorari esteri defunti, proff. Israel e Desnos. Accennò al lavoro compiuto ed al cammino percorso dalla Società e pregò il dott. Ra-

vasini di esporre le conclusioni della sua importante relazione sul « Reflusso vescico-renale ».

Nella stessa seduta furono eletti nuovi soci italiani ed esteri, sia onorari che corrispondenti: in quella pomeridiana fu discusso ed approvato il bilancio ed eletto il nuovo Comitato permanente (biennio 1927-1928) che rimase così composto: présidente: prof. R. Alessandri; vice-presidenti: proff. C. Bruni e G. M. Fasiani; consiglieri: proff. P. Lilla e G. Cattaneo; segretario: dott. Ermanno Mingazzini; tesoriere: prof. R. Sabatucci.

Nella seduta di chiusura fu deciso il nuovo tema di relazione: « Indicazioni, tecnica e limiti della cistografia », ed eletta a nuova sede del futuro Congresso la città di Parma.

1° Tema di relazione.

Il reflusso vescico-renale.

(Relatore. Dott. C. RAVASINI).

Il reflusso vescico-renale consiste nel passaggio di urina dalla vescica, attraverso gli ureteri nella pelvi. Alcuni lo spiegano col meccanismo di antiperistalsi ureterale, che non si avrebbe normalmente. Questa teoria è negata da altri. Secondo alcuni sperimentatori (Pavone J.), il reflusso non si potrebbe verificare senza che vi siano alterazioni (congenite o acquisite) degli ostii ureterali. Secondo altri, invece, potrebbe avvenire sotto determinate condizioni, anche con orifizi normali (reflusso fisiologico di Blum): anzi Kneise ritiene che ciò si verifichi più spesso di quanto non si creda, quando la vescica sia molto piena. L'antiperistalsi ureterale sopra accennata, si osserva in condizioni patologiche e ha molta importanza per la spiegazione delle infezioni ascendenti. Ma un'infezione ascendente si può avere senza il reflusso, col solo meccanismo della stasi urinaria negli ureteri privati di movimenti peristaltici; quindi le infezioni ascendenti non spiegano il reflusso. Le infezioni delle vie urinarie superiori invece possono produrre alterazioni anatomiche che in secondo tempo favoriscono un reflusso.

Riassumendo, quindi, il reflusso vescico-renale può essere dovuto o ad una causa organica da infiammazione pregressa o ad una causa dinamica o ad una malformazione congenita.

A sua volta perchè si produca una stasi è necessaria un'atonia che può essere prodotta da cause: *a*) meccaniche; *b*) dinamiche; *c*) infiammatorie; *d*) nervose; *e*) congenite.

La diagnosi si fa mediante la meatoscopia, il cateterismo ureterale e la cistoradioscopia.

La sintomatologia è variabile e non caratteristica: dolori lombari, prima o durante la minzione, spontanei o provocati da una distensione o contrazione brusca della vescica, seppure non costanti; altre volte sono sintomi vescicali (incontinenza, iscuria paradossa, ritenzione, ecc.). La diagnosi sicura richiede perciò i mezzi d'indagine suriferiti. Il reflusso vescico-renale, senza sintomi clinici vescicali e renali, si può avere nei bambini, durante la narcosi, nel cateterismo a permanenza degli ureteri, nel megauretere, ecc.

Nella *dilatazione congenita primitiva delle vie urinarie* che può essere uni- o bilaterale, parziale o totale, con o senza interessamento degli orifizi ureterali, coesistono altre malformazioni ed i disturbi orinari sono cominciati sin dai primi mesi di vita. L'affezione viene attribuita ad atonia per disturbi neuroparalitici; la musculatura dapprima è ipertrofica, in seguito ad infezioni, diventa più tardi atrofica.

Anche in questi casi la sintomatologia non è caratteristica, anzi talora è muta. La prognosi è grave. La terapia è conservatrice nei casi bilaterali, demolitrice in quelli unilaterali.

Il *riflesso vescico-renale nelle forme acquisite* è frequente. L'O. ne ha osservati 16 casi e ne mostra le cistografie.

Bumpus e Hermann in 89 casi studiati lo hanno osservato: nel 38.88 % nella tubercolosi; nel 33 33 % nelle resezioni vescicali; nel 18.96 % nella pielonefrite; nell'11.62 % nei restringimenti uretrali; nell'11.42 % dopo prostatectomia; nell'11.34 % nelle malattie del sistema nervoso, nel 7.54 % nei tumori vescicali; nel 4.74 % nell'ipertrofia prostatica, nel 2.38 % nei diverticoli vescicali.

Con la cistoscopia si nota come la sistole e la diastole dell'orifizio ureterale non sono pronunciate e che l'urina esca quasi continuamente, senza energia; talora fiocchi di muco o pus si vedono entrare negli orifizi ureterali. La vescica può apparire sana o presentare svariate alterazioni.

La rigidità ureterale è dovuta ad uno stato infiammatorio o cicatriziale della parete ureterale, la cui musculatura è più o meno scomparsa.

L'O. considera poi il reflusso vescico-renale nelle varie forme patologiche, e cioè:

1) *Nella tubercolosi.* — Può manifestarsi in tutti gli stadi della tubercolosi ureterale.

La cistite secondaria favorisce ancora di più il reflusso e può produrlo anche dal lato sano. È tuttavia raro e guarisce spesso spontaneamente. Dopo la nefrectomia si può avere fuoriuscita dell'urina dalla ferita operatoria, ma questa cessa di solito lasciando la siringa a permanenza.

2) *Nella periureterite e ureterite sclerosante*:

a) da litiasi. Non è frequente;

b) da pielonefriti e pielonefrosi. Il reflusso si ha in quei casi in cui per un'uretero-cistite concomitante, è alterato il tratto intramurale dell'uretere. Se il processo non è avanzato, una terapia razionale può portare alla guarigione del reflusso;

c) da moncone di piouretere dopo nefrectomia (Lasio).

3) Nei processi infiammatori ed estesi della vescica dopo azione chimica da caustici, da spasmo dello sfintere ureterale e successiva insuffi-

cienza o da retrazioni cicatriziali o entrambe le cause.

4) Nei diverticoli della vescica si ha quando l'orifizio ureterale si trovi vicino ad un diverticolo o sbocca in esso.

5) Nei tumori vescicali è raro. L'O. lo ha osservato in un vecchio di 74 a.

6) Nelle lesioni traumatiche dell'uretere, che possono consistere nel ripetuto passaggio di calcoli o in traumi operatorii; resezione di ureterocele, uretero-cistoneostomia si osserva qualche volta.

7) Nella ipertrofia prostatica, dopo prostatectomia, nel carcinoma e negli ascessi della prostata, nella barra prostatica.

Dopo prostatectomia il reflusso v.-r. può essere uni- o bilaterale. Blum ne osservò la spontanea scomparsa.

Singoli casi di reflusso sono stati descritti nel carcinoma e negli ascessi della prostata, nella barra prostatica.

8) Nei restringimenti uretrali. Si può osservare il reflusso v. r. in ambo i sessi.

9) Nelle affezioni del sistema nervoso, il reflusso v. r. può essere di origine spinale. Nei tabetici è raro. Altri casi sono stati attribuiti a disturbi di innervazione dello sfintere vescicale, altri a disturbi nervosi periferici.

10) Nelle alterazioni tossico-batteriche della muscolatura e del sistema nervoso dell'uretere.

Per azioni tossiche si può avere paralisi dell'apparecchio di chiusura vescico-ureterale. Tolta la causa, il reflusso scompare.

11) Nelle gravidanze si ha spesso dilatazione degli ureteri, di solito nei due terzi superiori.

La stasi nelle vie urinarie può presentarsi già nel 4° mese di gravidanza. In 3/4 dei casi è colpito l'uretere d. Il reflusso è però temporaneo e termina con lo svuotamento dell'utero.

12) Nelle deformazioni ureterali per compressione di un processo morboso.

In un caso (Wiget) si trattava di un tumore addominale. In un altro (Delbet) di una piosalpingite.

Terapia del reflusso vescico-renale.

Deve essere essenzialmente causale.

Varia poi secondo che l'affezione sia uni- o bilaterale. Bisogna infine distinguere le forme acute temporanee da quelle croniche durature. Se la lesione è unilaterale si farà una nefrectomia od una nefro-ureterectomia, solo se le alterazioni renali giustificassero tale intervento e non fossero riparabili. Non sono consigliabili, invece, la nefrostomia e la pielo-ureterostomia che producono fistole permanenti.

Le operazioni plastiche non danno sempre buoni risultati e possono sopprimere la funzionalità renale.

Lepoutre, Sampson hanno eseguito la resezione della estremità inf. dell'uretere e l'impianto del moncone sup. in vescica (uretero-cisto-neostomia).

Marion ha praticato la nefrostomia del rene sano con legatura dell'uretere ed ha ottenuto la chiusura della fistola del lato opposto evitando contemporaneamente l'infezione ascendente.

Rost, in un bambino di 11 anni con ritenzione senza causa apparente, con dilatazione vescicale e presenza di trabecole, ureteri dilatati e reflusso a sinistra eseguì la cistotomia soprapubica con distensione dello sfintere vescicale, ottenendo guarigione duratura.

Ma l'impianto stesso dell'uretere in vescica può produrre un reflusso per l'insufficienza dell'orifizio ureterale. Bisogna perciò cercare di fare il trapianto dell'uretere con un pezzo di trigono e di muscolatura vescicale o eseguire operazioni plastiche atte ad assicurare la chiusura del nuovo orifizio.

Nei casi di reni con reflusso non tubercolare, infiammatorio, quando sopravvengono sintomi di urosepsi o di insufficienza renale, si praticherà invece una fistola vescicale (Lichtenberg, Prätorius). Il reflusso del lato sano (come nel caso Lepoutre) non controindica l'intervento; anzi può guarire dopo la nefrectomia (Pasteau). Il reflusso può far penetrare dal lato sano bacilli di Koch od altro materiale; e in tali casi il cateterismo ureterale può fornire indicazioni erronee. Il reflusso dalle ferite operatorie, dopo nefrectomia guarisce col catetere a permanenza o anche spontaneamente.

Bisogna concludere, quindi, che il reflusso vescico-renale sia frequente; basta ricercarlo.

Rare relativamente sono le forme congenite: in tali casi spesso coesistono processi degenerativi del sistema nervoso centrale che debbono influire sulle alterazioni del sistema urinario.

Nelle forme acquisite esso è dovuto ad alterazioni della papilla e della porzione intramurale dell'uretere (come nella tubercolosi) ad alterazioni vescicali, specie nella regione del meato (come nelle cistiti e pieloureteriti ascendenti), a pieliti, pielonefriti e pielo-ureteriti discendenti, a ritenzione vescicale (di origine prostatica, uretrale, ecc.), ad affezioni nervose (centrali e periferiche). Per la patogenesi hanno importanza principale fattori meccanici. L'infezione ha però una grande importanza per la genesi dell'atonia. Alcune volte il riflusso è dovuto a mancanza d'immobilità della regione del meato (diverticoli), ovvero ad alterazioni tossiche.

La diagnosi è facile e si basa sulla meatoscopia, il cateterismo ureterale, la cistoradioscopia, sebbene, come si è detto, la sintomatologia non sia caratteristica.

La prognosi è quindi riservata e varia, e di conseguenza la terapia chirurgica è secondo i casi conservativa.

Discussione.

LEPOUTRE (Lille). — Il reflusso è un fenomeno anormale. L'O. distingue il reflusso « accidente » dal reflusso « malattia ». In quest'ultimo caso esso può essere congenito od acquisito.

Il reflusso accidentale è un fenomeno transitorio. L'O. si domanda se la rachianestesia favorisca il reflusso; in realtà invece di favorirlo, la rachianestesia pone al sicuro di questo accidente per lo stato di flaccidità che induce nella vescica.

Nel reflusso « malattia » si ha una comunicazione libera tra la vescica e le vie urinarie superiori.

Nella forma congenita si può avere normale conformazione del meato; la musculatura ureterale, anzichè essere atrofica, è talora ispessita il liquido spinto dalla vescica nell'uretere entra in questo a getti, per la resistenza che incontra. Legueu ha messo in evidenza contrazioni del bacinetto e dell'uretere, onde più che di atonia si deve parlare di « dilatazione essenziale ».

Il riflusso acquisito ha cause multiple; alcune se ne comprendono facilmente; altre più interessanti si osservano nel rene opposto al rene tubercolare, spesso lungo tempo dopo la nefrectomia del rene malato. In questi casi la cistite esistente favorisce un riflusso transitorio, accidentale, causa di un'infezione uretero-pielica, banale, che, a sua volta, produce un riflusso permanente. Ciò ha un'importanza terapeutica, in quanto che è necessario, se la cistite non guarisce dopo la nefrectomia, mettere al sicuro il rene dalla influenza vescicale.

STOCCADA (Castiglione delle Stiviere). — Riferisce un caso di megauretere sinistro con ureterepionefrosi in una donna di 23 anni, in cui tanto negli esami praticati in vita quanto all'autopsia non fu possibile osservare nè traccia di calcoli nè altri ostacoli intrinseci od estrinseci dell'uretere. Tuttavia l'O. non ritiene si trattasse di atonia congenita sia perchè esisteva una vera ejaculazione di materiale purulento con comportamento fisiologico della papilla ureterale sinistra, sia per la presenza in tutto l'uretere di cellule muscolari liscie longitudinali in numero superiore alla norma. Egli ritiene perciò che nel suo caso doveva esistere un ostacolo (calcolo, formazione valvolare) sfuggito alle indagini.

PAVONE J. (Palermo). — Riassume i risultati delle sue esperienze in proposito. Negli animali le elevazioni lente della pressione vescicale non determinano che molto raramente il reflusso, mentre negli aumenti bruschi di pressione egli ha ottenuto il reflusso nel 27 % dei casi. Ma nell'uomo la conformazione del trigono è assai diversa da quella degli animali in cui non esiste un vero e proprio trigono nè legamento interureterico che rendono inviolabili gli ostii nell'uomo. L'O. infatti esclude il reflusso nell'uomo in condizioni normali in base a ricerche sul cadavere ed a ricerche cistografiche.

Passa in rassegna le ipotesi emesse per spiegare il riflusso mediante alterazioni infiammatorie desonali, l'influenza fondamentale del sistema nervoso centrale.

Si intrattiene poi sulla teoria del riflusso come causa delle affezioni ascendenti, la cui frequenza starebbe a dimostrare la frequenza del riflusso stesso. Viene alla conclusione che il riflusso in tali casi non è primitivo ma secondario alle infezioni ascendenti che si spiegano con la semplice stasi delle vie urinarie superiori soggetta facilmente ad infezioni. Le infezioni ascendenti producono il reflusso ed esclude, in base ad esperimenti pergli ureteri e degli ostii.

PERRUCCI (Bologna). — Presenta un caso da lui osservato di ipermegalia della vescica con dilatazione dell'uretere e del bacinetto renale sinistri e conseguente riflusso vescico-renale.

LASIO (Milano). — Ha osservato 20 casi di riflusso, che egli divide in riflussi di origine cistogena e di origine nefrogena. Il riflusso cistogeno a sua volta può essere: 1) da ipertonia vescicale; 2) da cause meccaniche periferiche; 3) di origine nervosa. Il nefrogeno va anch'esso suddiviso in tre varietà: 1) di origine nervosa; 2) da pieliti e pielonefriti (subacute o croniche); 3) da aplasia congenita dell'uretere. L'O. s'intrattiene, quindi, sulla sintomatologia del riflusso. La prognosi è varia per le varie specie di riflusso. Infatti la terapia deve proporsi la soppressione della causa, il che è più facile nelle forme di origine cistogena anzichè in quelle di origine nefrogena.

RAVASINI. — Risponde ai singoli oratori, con i quali condivide in massima le idee, e ringrazia l'Assemblea dell'attenzione con la quale lo ha seguito nella sua esposizione. Solo afferma di ritenere come in un caso del Lasio, che non gli riesce chiaro, il riflusso v.-r., nulla abbia a che vedere con la poliomielite da cui era affetto il paziente in questione.

(Continua)

Ricordiamo che presso la nostra Amministrazione sono disponibili alcune copie dei volumi dei

Congressi della Società Italiana di Urologia

e cioè:

I Congresso tenutosi a Firenze il 24 Ottobre 1922. Un volume, di pagg. IV 140, con 6 figure e tre diagrammi nel testo ed una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. **25.** Per i nostri abbonati, franco di porto, per sole . . . . L. **20**

II Congresso tenutosi a Roma il 27 Ottobre 1923. Un volume, di pagg. VI-278, con 6 diagrammi e 2 figure nel testo e 12 tavole fuori testo. Prezzo L. **60.** Per i nostri abbonati, franco di porto, per sole L. **40**

III Congresso tenutosi a Milano il 29-30 Ottobre 1924. Un volume, di pagg. XVI-472, con 5 diagrammi e 139 figure nel testo. Prezzo L. **75.** Per i nostri abbonati, franco di porto, per sole . . . . L. **55**

IV Congresso tenutosi a Roma il 29-30 Ottobre 1925. Un volume, di pagg. XXIV-243, con diagrammi e numerose figure nel testo. Prezzo L. **60.** Per i nostri abbonati, franco di porto, per sole . . . . L. **45**

N. B. Queste condizioni valgono per le spedizioni da farsi in Italia. Per quelle da farsi all'Estero, aggiungere L. 5 se per un solo volume, L. 10 se per due volumi, L. 15 se per tre volumi, L. 20 se per tutti e quattro i volumi, a rimborso maggiori spese postali occorrenti per la spedizione.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla patogenesi delle varici.

Delbet (*Gazette des hôpitaux*, 5 maggio 1926) rileva che la causa prima delle varici è l'insufficienza valvolare che precede la dilatazione e ne è la causa. La dilatazione, a sua volta, è preceduta da un inspessimento delle pareti venose che cercano di lottare contro l'aumento della pressione; per qualche tempo il compenso è mantenuto, ma poi la resistenza delle pareti venose finisce con l'essere soverchiata ed alla fase di compenso segue quella di asistolia e di dilatazione.

L'insufficienza valvolare sarebbe dovuta ad una malformazione analoga a quella che si osserva nelle ernie congenite; e, come può avvenire che l'ernia non appaia che tardivamente in occasione di uno sforzo, così la valvola venosa, congenitamente malformata, può divenire più tardi insufficiente sotto l'influenza progressiva di sforzi leggeri e ripetuti, oppure all'improvviso in occasione di uno sforzo considerevole.

L'A. afferma che lo scambio di sangue tra il sistema venoso profondo e superficiale avviene dall'esterno all'interno, a valvole venose integre, la contrazione dei muscoli della gamba, anzichè spingere il sangue verso le vene superficiali, avrebbe il potere di attivare la sua normale circolazione nel senso centripeto. Ciò premesso, l'uso della giarrettiera ed il cammino dovrebbero essere utili ai varicosi, a meno che non vi sia un'insufficienza delle valvole delle vene comunicanti, nel qual caso l'influenza del camminare diventa nulla.

La stazione eretta prolungata invece è nociva, perchè in tali condizioni le pareti venose devono sottostare al peso massimo della massa sanguigna.

fil.

Trattamento delle varici mediante iniezioni intravenose.

H. Hardy (rif. in *Medical Review*, luglio 1924) ricorda che i più comuni trattamenti delle varici sono la legatura della grande safena, l'escissione, l'iniezione di sostanze trombizzanti. Egli consiglia a tal uopo la soluzione di Genevrier così composta: idroclorato di chinino gr. 4; uretano etilico gr. 2; acqua distillata gr. 20. Ne inietta nelle vene varicose non più di 4 cmc. per seduta, distribuendone circa mezzo cm. ogni 7 o 8 cm. di vena, con parecchie punture. Ripete la seduta dopo una settimana. Il liquido agisce sul sangue aumentandone la coagulabilità, e sulle pareti venose, rendendole capaci di salda aderenza al coagulo, onde si evitano embolie. Queste non si sono mai verificate in oltre 500 iniezioni praticate da Hardy, nè in 4000 praticate da Genevrier.

È riferito un caso di embolia della polmonare, delle mesenteriche, o delle coronarie, seguito da morte dopo alcuni giorni, per trombosi spontanea di vene varicose.

DORIA.

La vaccinoterapia nelle ulcere varicose.

L. Tixier e P.-R. Bize (*Soc. médicale des hôpitaux*, 15 luglio 1926) riportano diversi casi di individui con ulceri veramente croniche che avevano resistito a tutti i trattamenti locali ed al riposo prolungato, nei quali si è avuto un radicale cambiamento nell'evoluzione in seguito alla vaccinoterapia. Le modificazioni si sono verificate sulla piaga stessa che, da atona, è diventata di un rosso vivo, granuleggiante e netta da ogni sanie, con i margini sbarazzati da ogni callosità. L'estensione dell'ulcera si è venuta gradatamente riducendo, i tessuti circostanti si sono pure modificati, prendendo un aspetto di solidità e di vitalità che non si vedevano prima; fino dalle prime iniezioni, gli ammalati accusarono una sensazione di benessere e la scomparsa del dolore. In contrasto poi con quanto avviene abitualmente nelle ulceri, gli innesti hanno attecchito bene.

Fra i fattori che mantengono la cronicità delle ulceri (cattiva circolazione, perdita di sostanza cutanea e infezione cronica) indubbiamente la parte capitale spetta all'infezione. Nella flora degli ulcerosi si trovano: stafilo- e streptococchi, micrococcus indicans (*sic*) e Bacillus cutis communis e quando si paragona l'aspetto della piaga prima e dopo la vaccinoterapia, si resta convinti che questa ha agito sul microbismo.

La vaccinoterapia agisce inoltre sul trofismo cutaneo, come è dimostrato dalla reazione focale, in ragione dei disturbi vasomotori che essa provoca sempre. È per questa doppia azione che si spiega il facile attecchimento degli innesti cutanei.

Gli AA. praticano a giorni alterni 6 iniezioni di vaccino a dosi progressive di 1/2, 3/4, 1, 1 e 1/2, 2, 2 cmc., preferendo la via endomuscolare che è meno dolorosa. Durante gli innesti usano la precauzione di tenere l'arto in una doccia.

Nella discussione seguitane, Hallé ha fatto notare che si ottengono buoni risultati soprattutto con il riposo e che a questa condizione egli attribuisce i successi degli AA. Renaud non crede che la

indicazioni per la vaccinazione nelle ulceri possano essere molto frequenti. Sézary non trova contraddizione fra i diversi oratori, osservando che le vaccinazioni possono applicarsi per quei malati in cui, malgrado la cura di riposo, di disinfezione e di antisepsi, non si hanno buoni risultati. Egli usa un vaccino antipiogene ad eccipiente oleoso. Gli AA., rispondendo alle obiezioni, fanno notare che le vaccinazioni sono state praticate in malati già sottomessi a cure antecedenti. In uno di essi, l'ulcera datava da 23 anni; esso era ospedalizzato da 3 anni e ciò nonostante l'ulcera non era mai guarita. *fil.*

Trombosi della vena mesenterica superiore da infarto.

Generalmente gli infarti dei vasi mesenterici avvengono nei vasi arteriosi; G. Arrizabalaga (*Anal. Facult. Medic.*, n. 2, febbraio 1926) riferisce due casi in cui la trombosi fu a carico di vasi venosi. In entrambi i casi l'evoluzione non seguì i due stadi per cui suole passare tale affezione: trasudazione sierosa, caratterizzata da profuse diarree, cui segue l'occlusione più o meno completa, per la paralisi della muscolatura intestinale. Invece in un caso l'occlusione si presentò fin dal principio, in un secondo caso la pseudo-occlusione cedette alle cure mediche, per ripresentarsi dopo qualche tempo, in modo da rendere necessario l'intervento.

In entrambi i casi non s'è trovata alcuna lesione che potesse indicare il punto di partenza dell'infezione.

I casi riferiti ci indicano che la mancanza dell'enterorragia non deve sorprendere, perchè tale sintomo è più frequente nelle trombosi arteriose.

Le lesioni anatomiche avevano una estensione molto superiore allo stesso infarto, il che indica che la trombosi venosa per sè sola non è capace di provocare l'infarto.

L'unico intervento logico è la resezione della parte malata dell'intestino, fatta precocemente.

CARUSI.

La soluzione salina ipertonica nella tromboangioite obliterante.

Questa forma morbosa è legata ad una etiologia ancora non netta. S'invoca a proposito un'alterazione del sangue, o dei vasi sanguigni, oppure alterazioni del sistema nervoso simpatico o turbe endocrine.

Forse tutte queste cause riunite hanno la loro parte: per questo fatto la cura è del tutto in rapporto a questi fattori.

S. Silbert (*The Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 86, n. 23, 1926) ha usato pertanto le soluzioni ipertoniche di cloruro sodico per il trattamento della tromboangioite obliterante.

La soluzione in acqua distillata, dopo filtrazione, è al 5 % per iniezioni endovenose: la prima volta se ne iniettano cmc. 150, la seconda cmc. 300; dapprima tre volte la settimana, poi due volte. Le iniezioni vanno fatte lentamente, per evitare l'irritazione delle pareti venose e la trombosi venosa.

In 66 casi curati con tale trattamento, 46 migliorarono, in 14 si dovette intervenire chirurgicamente con amputazione dell'arto.

CARUSI.

La migrazione intravascolare dei proiettili di guerra: studio clinico sperimentale.

L. Binet e N. Péron (*La Presse Médicale*, n. 34, 1926, p. 530) osservano che la migrazione nelle arterie si ha in direzione centrifuga: dal ventricolo sinistro alla femorale sinistra, ad es. (Boeckel); scarsi sono i casi illustrati mentre più numerosi sono i casi di migrazione di proiettili nelle vene e nel cuore destro.

Gli AA. ne riportano un caso, occorso in un uomo di 38 anni, affetto da tubercolosi polmonare e venuto a morte.

Nel settembre 1914 riportò ferita con foro di entrata di proiettile di granata nel triangolo di Scarpa a destra, senza foro di uscita. Il proiettile non fu ricercato, nè l'infermo ebbe mai alcun disturbo di circolazione all'arto ferito od in qualunque altra parte del corpo. Essendosi successivamente ammalato di tubercolosi polmonare, ed osservato radiologicamente si notò un'ombra, immobile della grandezza di un fagiolo nel cuore destro.

Venuto a morte per tubercolosi, l'autopsia dimostrò l'esistenza di un tessuto fibroso tra cute e vena femorale destra la quale aveva conservata la sua permeabilità. Nel ventricolo destro si rinvenne il proiettile, in una guaina di tessuto fibroso, e costituito da una scheggia di granata.

Achard e Binet sperimentalmente nei cani, introducendo nelle vene dei grani di piombo o di riso hanno potuto stabilire che essi cambiano sede secondo il peso ed il tempo trascorso.

Inoltre hanno potuto ancora provare che la migrazione è diversa nelle vene e nelle arterie; in questo la pressione sanguigna è troppo forte per vincere l'azione del peso e spingere verso la periferia dei corpi estranei di densità così elevata come il piombo.

Esperimenti analoghi precedentemente (1917) espletati dal prof. Monti, dagli AA. non vengono citati.

JURA.

Migrazione di un proiettile di guerra dalla coscia al polmone.

Saint Avid e Leonard (*La Presse Médicale*, n. 34, pag. 532, 28 aprile 1926) riferiscono un caso in un uomo di 35 anni ferito da scheggia di granata nell'aprile 1917 alla fascia interna della coscia sinistra con foro di entrata e senza foro di uscita, nonostante la piccolissima ferita ebbe un'emorragia cospicua, cessata con pressione energica sulla ferita. Gli esami radiologici consecutivi non dimostrarono la presenza del proiettile nella regione lesa, ed infruttuosa era riuscita, con gli sbrigliamenti della ferita, la ricerca del proiettile. Dimesso dopo un mese e mezzo dall'ospedale, dopo 3 mesi riprese servizio in linea di combattimento.

Nell'ottobre 1923 dolore vivo in corrispondenza della mammella destra, espettorato emorragico; rantoli fini sotto crepitanti in corrispondenza della punta della scapola destra; col riposo scomparsa del dolore e dei segni clinici. La radioscopia e la radiografia dimostrarono un'ombra nel 9° spazio intercostale destro a 1 cm. dall'ombra cardiaca, a limiti netti, dovuta al proiettile migrato attraverso i vasi femorali, lesi come dimostrò l'intensità della emorragia.

Tale migrazione nel polmone sarebbe avvenuta attraverso il cuore destro e l'arteria polmonare, come sperimentalmente hanno provato Achard e Binet nei cani.

JURA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le spirochete nella gangrena polmonare.

Si deve riconoscere che le spirochete hanno una grande importanza nella gangrena polmonare; sono esse che preparano la lesione gangrenosa, facendo subire ai tessuti le prime modificazioni che permettono agli anaerobi di penetrare nelle vie profonde e di determinare il tipo clinico completo della gangrena.

È bensì vero che non sempre si trovano le spirochete nella gangrena e che altre condizioni possono permettere agli anaerobi della bocca nel tessuto polmonare, ma è un fatto incontrastabile che le spirochete si trovano molto frequentemente nella gangrena. Nelle osservazioni di F. Bezançon (*Journ. des Praticiens*, 31 luglio 1926), si sono trovate 7 volte in 11 casi; non è ancora risolta però la questione se le spirochete siano sempre gli agenti di tale malattia o se esistano soltanto in certe forme.

Ad ogni modo le osservazioni cliniche non contrastano la supposizione che la gangrena polmonare possa essere dovuta alle spirochete. Tanto più che, a lato della forma classica di gangrena con fetidità dell'espettorato e la possibilità di emorragie, esiste una forma a ricadute, con infezione del tessuto polmonare da parte della spirocheta bronchialis. Si può quindi pensare che questa sia suscettibile di entrare in fase di latenza e di avere dei risvegli. Così si potrebbero spiegare le evoluzioni di questa forma che dà talora l'impressione della sifilide.

Per la ricerca delle spirochete, si devono esaminare gli sputi molto freschi (entro 3 ore dall'emissione), poichè esse sono rapidamente digerite dai fermenti contenuti negli sputi. La spirocheta bronchialis è caratterizzata dalla sua particolare mobilità e dalla rapidità con cui traversa il campo all'ultramicroscopio. Nei casi di morte è opportuna l'impregnazione dei tessuti con nitrato d'argento.

Nella cura sono efficaci gli arsenicali, specialmente l'arsenobenzol. *fil.*

La produzione sperimentale degli ascessi del polmone.

È stata compiuta da Schlueter, Weidlein e Cutler (*New York State Journ. of Med.*, 15 sett. 1926) introducendo nella vena giugulare o nella femorale dei cani dei corpi estranei infetti.

Seguendo per mezzo dei raggi X il decorso del processo embolico del polmone, in tal modo provocato, si può assistere alla formazione progressiva dell'ascesso.

Questi esperimenti furono fatti per dimostrare che un certo numero di ascessi polmonari postoperatori è dovuto a fatti embolici dal campo operatorio. E la stessa etiologia vale probabilmente per tutte le altre complicazioni polmonari che insorgono dopo un'operazione.

Per cui se ne può trarre insegnamento per il chirurgo, il quale potrà evitarle per quanto è possibile, cercando di maltrattare poco i tessuti, di usare la tecnica più scrupolosa, unita ad una emostasi perfetta ed all'asepsi rigorosa.

M. FABERI.

IGIENE.

La tubercolosi dei cani e dei gatti.

Si è creduto per molto tempo che il cane fosse refrattario alla tubercolosi; oltre alla osservazione della trasmissione di tale malattia per il consumo di carni tubercolotiche, si è veduto che i casi di tubercolosi sono tutt'altro che rari all'autopsia di cani e di gatti: 300 casi su 1500 autopsie.

La tubercolosi dei cani e dei gatti è quasi sempre di origine umana. Fra gli animali malati, al-

cuni appartengono ad individui affetti da tubercolosi, altri vivono in locali affollati e contaminati dal passaggio di gente che sputa per terra (caffè ed altri locali pubblici). L'infezione si fa talora per via respiratoria, il più spesso per quella digerente.

In entrambi gli animali le lesioni sono del tutto simili; nella maggior parte dei casi la tubercolosi è estesa a parecchi organi. Nei polmoni, si trovano dei tubercoli a diversi stadii di evoluzione, talora dei focolai di broncopolmonite tubercolare o di polmonite caseosa. L'adenopatia tracheo-bronchiale accompagna quasi sempre le lesioni polmonari e può esistere senza di queste. La pleurite è segnalata spesso al pari della pericardite; un po' meno frequente è la peritonite. Comunque è la tubercolosi del tenue e del fegato, abbastanza rara è quella del rene. Sono altresì da segnalarsi la tubercolosi delle ossa e delle articolazioni nel cane e quella cutanea nel gatto.

Evidentemente i sintomi variano a seconda della localizzazione delle lesioni, della loro estensione ed evoluzione. Le forme polmonari o generalizzate provocano generalmente dei disturbi abbastanza gravi, tali da farne sospettare l'origine fin dall'inizio; invece le tubercolosi localizzate ai gangli ed agli organi addominali passano spesso inavvertite. Talora la tubercolosi evolve senza altro sintoma apparente che un dimagrimento progressivo e solo tardivamente compaiono i segni della forma polmonare. La tubercolosi cutanea del gatto ricorda il lupus e, sotto forma di ulcera erosiva si localizza sul muso, al contorno delle orbite e del naso, sulle labbra; resiste a tutti i trattamenti; nel pus si trovano i bacilli di Koch e l'animale finisce per morire di tubercolosi polmonare o generalizzata.

La diagnosi clinica della tubercolosi dei carnivori domestici è spesso difficile e va completata con diverse ricerche. La reazione all'iniezione sottocutanea di tubercolina non è costante nei cani e nei gatti tubercolotici. Essa fallisce nel 38-40 % dei casi. Risultati ancora inferiori danno l'oculo-, la cuti- e l'intradermoreazione. Ci si dovrà fondare piuttosto sulla ricerca dei bacilli di Koch nell'espettorato, negli spruzzi, nel pus, facendo anche l'inoculazione nella cavia dei prodotti sospetti. Un buon metodo sarebbe la deviazione del complemento con l'antigene di Besredka.

Interessante è la forma osteo-articolare del cane. E. Darraspen (*Thèse de Paris* e *Gazette des hôpitaux*, 1926, n. 26), descrive l'osteoperiostite diffusa dei cani, caratterizzata da lesioni ipertrofiche ad andamento cronico e da deformazioni che si trovano specialmente nelle ossa delle estremità. Praticamente, questa osteoperiostite va considerata come di natura tubercolare, poichè i frammenti di osso triturati ed iniettati in cavie hanno riprodotto la tubercolosi. Inoltre, i cani così affetti finiscono col cachettizzarsi ed all'autopsia si trova la tubercolosi dei polmoni, della pleura, dei gangli tracheo-bronchiali e dei reni.

L'A. citato e D. Grobon (*Ibidem*) insistono sulla frequenza della tubercolosi dei cani e dei gatti, frequenza che non può recarci maraviglia, quando si pensi che questi animali mangiano i detriti abbandonati sulla pubblica via, cercano il loro nutrimento nei mucchi di immondezze e leccano magari il terreno su cui i malati hanno sputato. I cani, poi, diventati tubercolotici, costituiscono un grave pericolo per gli spruzzi del naso nel caso di lesioni polmonari, per il pus delle ulceri cutanee, nonchè per gli escrementi e le urine nelle forme intestinale e renale. Lo stesso va detto per i gatti stigmatizzando la deplorevole abitudine dei contatti troppo intimi a cui molti si lasciano andare con questi animali.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sull'impiego della ouabaina. — Al dott. G. S., da S. d'A.:

L'ouabaina, glicoside ricavato dallo Strofantus gratus da Arnauld, è stata introdotta in terapia da Vaquez, il quale ritiene che l'ouabaina possiede tutti i vantaggi della strofantina senza averne gli inconvenienti.

Aumenta il tono miocardico, elevando la pressione arteriosa rapidamente; non influenza la conducibilità del fascio cardiaco primitivo, nè la eccitabilità, mentre favorevolmente agisce sulla contrattilità.

Purchè usata a dose terapeutica (1/4 di milligrammo di soluzione fresca e per via endovenosa) l'ouabaina non provoca incidenti; può essere rinnovata l'iniezione ogni 12-24 ore.

Talora essa provoca nausea, vomito. Le indicazioni sono quelle della strofantina:

1) insufficienza acuta del cuore;

2) insufficienza cronica e progressiva, nella quale la digitale si sia dimostrata inefficace; la riattivazione della digitale con la strofantina (l'espressione è di Vaquez) è basata sulla influenza differente dei due medicamenti cardiaci;

3) aritmie (extrasistoli, tachicardie e specialmente tachicardia parossistica).

Inoltre l'ouabaina è stata adoperata (Dufour) come diuretico in casi di cirrosi.

Controindicazioni sono la cachessia, le lesioni gravi renali, le endocarditi lente, le gravi ipertensioni, le insufficienze cardiache tossiinfettive

T. PONTANO.

Tecnica della vaccinazione antitifica. — All'abb. n. 2633:

Il vaccino profilattico antitifico si trova in commercio a dosi di attività crescente; si fanno tre iniezioni ad intervalli di 7-8 giorni, sottocute o nei muscoli alla regione deltoidea o sottoclavicolare o scapolo-omerale previa disinfezione della pelle con tintura di iodio.

Se speciali ragioni consigliano di praticare una sola iniezione profilattica si ricorre al lipovaccino, il cui uso non è però scevro di inconvenienti.

Non si devono vaccinare i cardiopatici, nel periodo dello scompenso, i tubercolotici, i cachettici gravi. L'immunità conseguita sembra durare circa un anno. I concordi risultati osservati nelle più diverse parti del mondo e la larga esperienza fatta nella popolazione militare nelle ultime guerre dimostrano l'efficacia di tale misura profilattica, tanto che un recente decreto ha reso obbligatoria la vaccinazione antitifica per determinate categorie di persone.

Per la vaccinoterapia si usano dosi gradatamente crescenti da 50 a 300 milioni, ripetendo le iniezioni ogni 48 ore. Ne consegue, di solito, un notevole miglioramento delle condizioni generali.

G. SAMPIETRO.

Al dott. F. P., abb. n. 2870:

La letteratura sulla *lambliasi* è molto vasta. Senza aver la pretesa di fargliene un elenco completo, le cito alcuni lavori fra quelli che possono esserle più accessibili. C. BASILE: *Diagnostica delle malattie parassitarie*, L. Pozzi ed., Roma; VALLARDI: *Riforma medica*, 1917, n. 21-22, SANGIORGI: *Pathologica*, 1916, n. 181, e 1918, n. 231; KENNEDY e ROSEWARNE: *Lancet*, 1916; WHITTINGHAM: *Lancet*, 12 maggio 1923; RUHL: *Policlinico*, Sez. prat., 1918, n. 42; GOIFFON e ROUX: *Arch. maladies appareil digest.*, 1918, n. 11, e *Policlinico*, Sez. prat., 1918, n. 34; LABBÈ: *Presse médicale*, 1919, n. 18; MANTOVANI: *Gazz. Osped. e Cliniche*, 1919, n. 9, ed il lavoro riassuntivo di DOPTER in *Paris médical*, 1925.

fil.

All'abb. n. 12560:

Per la tecnica della sutura delle lacerazioni perineali post-partum può vedere il *Prontuario di Terapia Ostetrica* di GAIFAMI (pag. 180). Editore Pozzi, Roma.

R.

VARIA.

La "British Medical Association,,

Venne fondata nel 1832, per promuovere gli studi della medicina e delle discipline affini, tutelare l'onorabilità e gl'interessi della professione e stimolare il senso della collegialità.

Allo scopo di assicurare questi fini, l'Associazione tiene adunanze periodiche, in cui si discutono argomenti scientifici e professionali; pubblica il « British Medical Journal »; organizza o sostiene corsi d'insegnamento e scuole; fornisce mezzi d'investigazione. Si occupa di tutti gli aspetti dell'esercizio medico: scientifico, clinico, igienico, politica sanitaria e interessi economici.

L'Associazione, che conta oggi più di 32,000 membri, è la più antica, vasta e potente delle organizzazioni britanniche destinate a migliorare la professione medica.

Di recente ha acquistato un magnifico edifizio sul Tavistock Square, a Londra, per installarvi gli uffici, tenendo in vista ulteriori sviluppi.

L'Associazione Medica Britannica conta filiali in Gran Bretagna e Irlanda e nei Dominî, nelle Colonie, nelle Dipendenze; esse sono ripartite per territori e assommano a 280, raccolte in 93 gruppi. I soci delle filiali eleggono rappresentanti nel Consiglio direttivo che regge l'Associazione. In seno all'Associazione vi sono gruppi specializzati: scientifici, medico-politici, etici, ospedalieri, igienici, ecc. V'è anche una sezione per le assicurazioni.

I membri hanno diritto a partecipare a tutte le riunioni; a prender parte alle elezioni dei dirigenti; a ricevere il « British Medical Journal », che si pubblica settimanalmente e che è dotato di eccellenti servizi; a ricevere aiuti e consigli dall'ufficio centrale nelle difficoltà che possono sorgere dall'esercizio professionale; a utilizzare la biblioteca; a procurarsi pel tramite dell'Associazione i libri e le riviste. L'Associazione accoglie tutti i medici esercenti ed usa speciali riguardi per i novellini. La quota annua è di 3 ghinee (ossia circa 400 lire it.), ma sono stabiliti certi ribassi, in rapporto con la situazione dei soci.

(Dalla *Riv. Med. Barcel.*, sett. 1926).

Il numero dei medici in Inghilterra.

Alla fine del 1925 si contavano in Inghilterra 51,738 medici, contro 22,713 nel 1876: l'incremento da allora risulta di oltre 130 %, mentre l'aumento della popolazione ha superato di poco il 50 %.

(Da *Bruxelles-Méd.*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

I. — Abbreviazione di anzianità per benemerenze di guerra.

Abbiamo già diffusamente commentato, con altre note, la disposizione dell'art. 43 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, concernente la efficacia del servizio militare prestato in reparti combattenti agli effetti del collocamento nei quadri di classificazione degli stipendi in aumento all'anzianità utile. Accenniamo ora ad un'altra disposizione analoga, che è contenuta nell'art. 44 dello stesso decreto e che è stata modificata dall'art. 2 del Decreto-Legge 17 maggio 1923, n. 1284.

La disposizione è questa: « Agli impiegati ed agenti civili di ruolo delle amministrazioni dello Stato, ai magistrati, ecc. ecc., è concesso, agli effetti del collocamento nei quadri di classificazione, indipendentemente da ogni altro beneficio loro spettante: *a*) l'abbreviazione di due anni, se al 1° aprile 1922 abbiano conseguito ricompense al valor militare per fatti di guerra ovvero siano mutilati o invalidi di guerra ascritti alle prime sei categorie, giusta la tabella annessa al Decreto Luogotenenziale 20 maggio 1917, n. 876, o alle prime due, giusta l'art. 100 del T. U. di legge sulle pensioni civili e militari approvato con R. D. 21 febbraio 1895, n. 70; *b*) l'abbreviazione di un anno se al 1° aprile 1922 abbiano conseguito la croce di guerra o abbiano riportato ferite in guerra ovvero siano mutilati o invalidi di guerra ascritti alle ultime quattro categorie, giusta la tabella indicata alla precedente lettera *a*) o alla terza categoria giusta l'art. 101 del T. U. predetto. In applicazione al presente articolo non può essere concessa che una sola delle abbreviazioni indicate, anche a coloro che si trovino in più di una delle cennate condizioni. Le ricompense al valor militare e la croce di guerra di cui alle precedenti lettere *a*) e *b*) valgono agli effetti del presente articolo anche quando la relativa pubblicazione sul *Bollettino Ufficiale* sia posteriore al 1° aprile 1922.

Questo beneficio è concesso indipendentemente da ogni altro che possa competere per benemerenze militari. La disposizione dell'art. 44 è stata estesa agli impiegati degli enti locali in forza dell'art. 3 del Decreto-Legge 24 settembre 1923, n. 2073.

Il Ministero dell'Interno rispondendo ad un quesito del Podestà di Volta Mantovana ha espresso il seguente parere: 1) La data 1° aprile 1922 fu inserita nell'art. 2 del D. L. 17 maggio 1923 allo scopo di stabilire che i benefici, nell'articolo stesso contemplati, dovessero avere efficacia per gli impiegati dello Stato anche quando le ricompense al valore militare o la croce di guerra fossero state loro concesse dopo il 1° aprile 1922, dalla quale data andò in vigore il R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, contenente le tabelle e le norme di carriera degli impiegati dello Stato. Tale limitazione quindi, come sopra intesa, non si riferisce agli impiegati degli enti locali ai quali l'art. 2 del cennato Decreto-Legge 17 maggio 1923 *deve essere applicato senza tener conto della limitazione stessa;* 2) Richiedendo l'art. 2 lettera *b*) del Decreto-Legge 17 maggio 1923, perchè si possa usufruire dell'abbreviazione di un anno di anzianità, il conseguimento alla croce di guerra, può giovarsi del beneficio stesso un impiegato, sebbene sfornito del brevetto di concessione della croce, ove però tale concessione risulti dal foglio matricolare o, in modo indubbio, da altro documento idoneo rilasciato dalla competente autorità.

II. — Competenza nel caso di licenziamento per fine di prova di un medico condotto stabile.

È sorta quistione se sia competente a giudicare del licenziamento per fine del periodo di prova la G. P. A. o il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale qualora il medico condotto, licenziato per fine di esperimento, abbia già acquistato la stabilità. La giurisprudenza prevalente ha ritenuto competente il Consiglio di Stato. A questo criterio ci siamo noi uniformati, perchè lo abbiamo ritenuto giuridicamente corretto. Ma qualche decisione ha accolto la tesi contraria, dichiarando competente la G. P. A. La quistione è stata recentemente risoluta dal Consiglio di Stato *in adunanza plenaria giurisdizionale* nel senso della prima tesi, dichiarando competente a conoscere del licenziamento per fine di prova il Consiglio di Stato anche se il ricorrente sostenga o dimostri che il periodo di prova era trascorso e si era perfezionato il diritto alla stabilità dell'ufficio.

Quel che importa accertare è la forma e la causa del provvedimento: se questo è deliberato per fine del periodo di prova, è competente senza altro il Consiglio di Stato a giudicare della legittimità di esso. Questa risoluzione si deve considerare ormai definitiva.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Disposizioni concernenti l'istruzione superiore.

Un Regio Decreto-Legge 27 ottobre 1926, numero 1933, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 24 nov. 1926, n. 271, dispone:

Art. 1. — L'art. 10 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, è sostituito dal seguente:

« Il Consiglio di amministrazione è così composto:

a) del rettore o direttore che lo presiede;

b) di due membri designati collegialmente dai presidi delle Facoltà e dai direttori delle Scuole che costituiscono l'Università o l'Istituto tra i professori che appartengono all'Università o all'Istituto;

c) di due rappresentanti del Governo: l'uno è l'intendente di finanza della Provincia, l'altro è scelto dal Ministro fra persone di riconosciuta competenza amministrativa e che non rivestano uffici presso le Università e gli Istituti superiori. L'intendente di finanza ha l'obbligo d'intervenire personalmente alle adunanze del Consiglio. In caso di vacanza dell'ufficio interverrà il vice-intendente.

« Gli enti e i privati, che concorrano al mantenimento delle Università o degli Istituti superiori con contributo annuo non inferiore a un decimo del contributo corrisposto dallo Stato, hanno diritto di designare collegialmente propri rappresentanti in seno al Consiglio. Per ogni tre contribuenti è designato un rappresentante. Se i contribuenti sono meno di tre, essi possono ugualmente nominare un rappresentante.

« Il numero dei membri indicati alla lettera *b*) è aumentato di tanti componenti quanti vengono a superare nella categoria di cui al comma precedente il numero di tre.

« I componenti del Consiglio di amministrazione designati dai presidi e direttori delle Facoltà o Scuole che compongono le Università o Istituti e quello scelto dal Ministro durano in ufficio un biennio e possono essere confermati. Quest'ultimo, ove senza giustificati motivi non intervenga a tre adunanze consecutive, decade dall'ufficio e viene sostituito.

« Il Consiglio di amministrazione è costituito con decreto del Ministro ».

Art. 2. — I rettori delle Regie Università e i direttori dei Regi Istituti superiori, previo consenso del Ministro, possono delegare le proprie funzioni attinenti alla vigilanza sui servizi amministrativi e contabili dell'Università o dell'Istituto a un professore scelto fra i professori di ruolo dell'Università o dell'Istituto medesimo, e possono designare al Ministro un professore di loro scelta per supplirli nei casi di loro impedimento od assenza.

Ai professori stessi può essere corrisposta una retribuzione sul bilancio dell'Università o dell'Istituto, previa deliberazione del Consiglio di amministrazione.

Art. 3. — Il penultimo comma dell'art. 19 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, è sostituito dal seguente:

« Nelle more del giudizio per il conferimento della stabilità i professori sono considerati, a tutti gli effetti, in servizio attivo. Il conferimento della stabilità ha effetto dal giorno successivo a quello in cui il professore ha compiuto il triennio ed eventualmente il quinquennio di servizio come professore non stabile.

« Coloro che non possono conseguire la stabilità sono dispensati dal servizio a datare dal mese successivo a quello in cui il giudizio sfavorevole nei loro riguardi è divenuto definitivo ».

Il presente articolo ha vigore dal 16 ottobre 1925.

Art. 4. — L'art. 20 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, modificato dall'art. 13 del R. decreto 4 settembre 1925, n. 1604, è sostituito dal seguente:

« I professori di ruolo possono col loro consenso essere trasferiti ad una cattedra della stessa materia.

« Essi possono inoltre essere trasferiti a cattedra di diversa materia, quando siano stati titolari della materia stessa, ovvero siano stati compresi da non oltre un biennio in una terna di concorso a cattedra di quella materia, ovvero quando dovrebbero assumere l'insegnamento di materia che costituisca una parte di quella da loro insegnata.

« I professori stabili possono, anche all'infuori dei casi contemplati dal comma precedente, essere trasferiti a cattedra di altra materia.

« Ogni trasferimento è disposto su deliberazione della Facoltà o Scuola competente presa col voto della maggioranza assoluta dei professori di ruolo appartenenti alla Facoltà o Scuola medesima, ma, per i trasferimenti di cui al precedente comma, sulla deliberazione deve essere sentito il parere del Consiglio superiore.

« A posti vacanti presso Università o Istituti di cui alla tabella *A*, possono essere trasferiti, osservando le norme del presente articolo, anche professori di ruolo appartenenti a Università o Istituti di cui alla tabella *B* e ad Università o Istituti liberi.

« Non è dovuta ai professori alcuna indennità di trasferimento a carico del bilancio dello Stato ».

Art. 5. — L'art. 10 del R. decreto 4 settembre 1925, n. 1604, è sostituito dal seguente:

« Ai posti vacanti presso ciascuna Facoltà o Scuola si provvede con nuove nomine o con trasferimenti.

« Spetta alla Facoltà o scuola di deliberare sul modo di provvedere stabilmente ai posti disponibili. Le relative deliberazioni debbono essere prese non oltre il 15 ottobre, quando trattisi di nuove nomine da farsi per concorso, non oltre il 15

novembre nei casi di trasferimento o di nomina a norma dell'art. 17, 2° comma del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102.

« Quando le deliberazioni delle Facoltà o Scuole riguardino nuove nomine da farsi per concorso, esse devono essere approvate dal Consiglio superiore della pubblica istruzione.

« I concorsi vengono banditi entro il mese di dicembre di ciascun anno, e le nomine conseguenti hanno decorrenza non anteriore al 16 ottobre e non posteriore al 1° dicembre dell'anno successivo. Superato questo termine, le nomine avranno effetto entro il corrispondente periodo dell'anno seguente.

« I trasferimenti e le nomine per l'art. 17, comma 2°, del R. decreto 30 settembre 1923, numero 2102, hanno decorrenza non anteriore al 16 ottobre e non posteriore al 1° dicembre di ciascun anno ».

(*Continua*).

Cronaca del movimento professionale.

Nell'Ordine dei medici di Roma e Provincia.

In seguito alle dimissioni presentate per ragioni di ufficio dal Commissario dell'Ordine dei Medici, dott. comm. Mario Collina, il Prefetto, ritenuta la necessità e l'urgenza di provvedere alla sostituzione del predetto Commissario, sentito il medico provinciale, con decreto in data 16 corr., ha nominato a reggere l'Ordine dei Medici una commissione composta dei sigg.: dott. prof. Ermanno Fioretti, presidente; dott. prof. Pietro Zanneli e dott. prof. Nicola Trulli, componenti.

Concorsi medici nell'India e nell'Africa inglese.

In merito all'articolo del prof. Ernesto Bertarelli, della R. Università di Pavia, riportato nel n. 50 dello scorso anno, dobbiamo segnalare che per concorrere si richiede la cittadinanza britannica e di esser figli di europei; non si devono aver superati 35 anni di età. Informazioni possono ottenersi dal Colonial Office, 38, Old Queen Street, London S. W. 1.

ATTI UFFICIALI.

Il Boll. Uff. del Ministero dell'Interno, n. 33-34, 21 nov.-1° dic. 1926, contiene: R. D.-L. 17 giu. 1926, n. 1187, concernente la riforma dei RR. DD. 30 dic. 1923, nn. 2841 e 3048 sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza; R. D.-L. 16 sett. 1926, n. 1805 relativo alla visita veterinaria ai prodotti ed avanzi animali; Ordinanza di polizia veterinaria in data 30 ott. 1926, n. 2, che vieta l'importazione di ruminanti e suini, loro prodotti ed avanzi dalla Palestina; Ordinanza di Sanità maritt. in data 6 nov. 1926, n. 8, con la quale le provenienze da Las Palmas (isola Gran Canaria) sono sottoposte alle misure profilattiche contro la peste.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANZI (*Potenza*). — Scad. 19 gen.; L. 7000 (*sic*) e 6 quadrienni dodicesimo (*sic*); tassa L. 50.

BOGNANCODENTRO (*Novara*). — Scad. 20 gen.; L. 9500 e c.-v., oltre L. 500 uff. san. e L. 1000 trasp.

CASTAGNETO CARDUCCI (*Livorno*). — 3ª condotta (Bolgheri); L. 9500, oltre 2 c.-v. e L. 2000 cav. Scad. 31 gen.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (*Mantova*). — *Ospedale Psichiatrico*. — Medico di Sezione; L. 12.000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; alloggio nell'Istituto. Titoli scientifici e pratici. Scad. 17 gen.

CORTENUOVA AL PIANO (*Bergamo*). — Al 31 gen., ore 16; ab. 1357; L. 8000, oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., L. 200 ambulat., 5 quinq. dec.; tassa L. 50.10. Chiedere bando.

MANCIANO (*Grosseto*). — A tutto 20 gen., per Saturnia; L. 10,000, oltre assegno L. 1500 e 10 trienni ventes.; per cavalc. L. 2500; età lim. 40 a.; riconoscim. 4 trienni altri Comuni. A richiesta si spedisce avviso.

MIRANO VENETO (*Venezia*). *Ospitale Civile*. — Medico primario; nom. biennale, conferme sessennali; titoli; L. 8000 con 3 sessenni dec., oltre lire 8000 direz. Dispensario antitub. Scad. ore 18 del 30 gen. Età mass. 40 a. al 31 dic. Biennio di aiuto in osped. import. o clin. univ. Docum. a 3 mesi dal 12 dic. Serv. entro 15 gg. Chiedere bando.

MOMO (*Novara*). — Consor. con Alzate e Agnellenzo; L. 8000, oltre L. 1000 uff. san., L. 500 trasporto, L. 150 ambul., L. 1200 c.-v. e altri proventi concessi dalle leggi. Scad. 20 genn. Tassa L. 50.15. Serv. il 6 marzo.

PARMA. *Ospedale Maggiore*. — Assist. effett.; L. 4500, oltre L. 1800 c.-v. e L. 600 indenn. speciale. Età lim. 35 a. Tassa L. 25. Specchietto votazioni. Chiedere annunzio

PISTOIA. *RR. Spedali Riuniti*. — Aiuto chirurgo e radiologo; a tutto il 15 gen.; L. 6000, oltre c.-v. ed eventuali emolumenti Sezione a pagam.; titoli; età mass. 35 a.; docum. a 3 mesi dall'8 dic.; tassa L. 50 alla segreteria. Chiedere bando.

REGGIO EMILIA. — Quattro condotte; titoli ed esami; istanze alla Segreteria generale del Municipio entro le 17 del 15 gen.; età lim. 35 anni; L. 9500 e c.-v.; addizion. L. 5 oltre i 1200 pov.; L. 1500-3000 mezzo trasp.; L. 500 ambulat.; 5 quadrienni decimo; serv. entro 15 gg. Chiedere bando.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Aiuto nella Divisione Oculistica; L. 4800; titoli ed esami; nom. biennale, conferma unica di un anno. Scad. ore 17 del 20 gen. Docum. al Protocollo. Età mass. 35 a. Chiedere annunzio.

CONCORSI A PREMI.

Associazione Nazionale Dottoresse medicina e chirurgia. — In questi giorni viene bandito il III Concorso per la Borsa di studio Wassermann, che la nota Ditta medicinali mette a disposizione

della Associazione dottoresse in medicina e chirurgia per l'anno scolastico 1926-27. Con speciale circolare saranno pubblicate le norme di concorso. Per informazioni, rivolgersi alla presidente, dott. prof. Carcupino Ferrari - Salsomaggiore (Parma).

FILADELFIA. *Collegio dei Medici.* — Premio Alvarenga, di circa 300 dol., per qualsiasi soggetto della medicina; memorie in inglese, dattiloscritte. Modalità solite. Scad. 1° mag. 1927. Chiedere annunzio al segretario, John H. Girvin, College of Physicians, South 22d Street n. 19, Philadelphia, Pa. (S. U. d'A.).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà Medica della R. Università di Padova ha con voto unanime chiamato il prof. CESARE FRUGONI a succedere al compianto prof. Lucatello nell'insegnamento della Clinica Medica.

Il prof. Frugoni, bresciano, ha compiuto tutta la sua carriera nell'Università di Firenze, ove si laureava nel 1905 divenendo prima assistente e poi aiuto del prof. Grocco, della cui scuola clinica egli è indubbiamente il più genuino e degno continuatore.

Salvo un periodo in cui frequentò a Pavia l'Istituto del prof. Golgi, rimase in Clinica fino al 1914, quando per concorso veniva nominato primario negli Ospedali di Firenze, da cui si allontanava l'anno successivo per trascorrere quattro anni ininterrotti in zona di operazioni e ove nel 1917, oltre a promozioni eccezionali, si guadagnava la medaglia d'argento al valor militare. Nel 1921 la Facoltà Medica di Firenze gli affidava l'incarico della Patologia Medica, della cui Cattedra diveniva titolare in seguito a concorso nel febbraio 1925. È stato classificato primo nell'ultimo concorso di Clinica Medica all'Università di Modena.

Si compie così il vaticinio del prof. Grocco che di lui scriveva: « il prof. Frugoni ha tutte le doti per divenire un eccellente clinico medico e quale oggi il progresso della Clinica esige ».

E clinico egli si è manifestato in tutta la sua ricca produzione scientifica che se invade campi diversi: biologia generale, istopatologia, batteriologia, immunologia, patologia sperimentale, semeiologia; ha sempre un denominatore comune: l'interesse clinico. E sono notevoli i suoi contributi portati alla Clinica: basta ricordare, fra i molti altri, i lavori sull'arterio-sclerosi viscerale per cui fu relatore al Congresso di Medicina interna del 1911; sul morbo di Erb; sul sodòku di cui egli descrisse il primo caso in Europa; sulla sindrome di pseudo-occlusione intestinale da calcolosi ureterale; sul sintoma del laccio; sull'ascoltazione orale; su vari tipi di alterazione del ritmo respiratorio, ecc., e in ultimo sull'asma bronchiale, al cui studio si è particolarmente interessato in questi ultimi anni portando lui e i suoi collaboratori contributi notevoli all'interpretazione eziopatogenetica della forma, che hanno grandemente modificati i concetti classici che di questa malattia si avevano, richiamando l'attenzione di tutto il mondo medico, tantochè la Facoltà Medica di Amburgo volle dalla sua viva voce udire l'esposizione dei suoi studi. E nei suoi lavori, anche i minori, sempre figura una nota di originalità e di personalità sicchè costituiscono tutti un valido contributo a ogni problema che egli ha affrontato.

Appassionato studioso del malato, osservatore e semeiologo quanto mai accurato e profondo, dotato di un potere di sintesi poco comune, egli ha il programma clinico del suo Maestro: « dal malato, sul malato, per il malato ». E già da primario e da libero docente gli era consuetudine fermarsi lungamente nelle corsie a osservare e meditare, portando nella discussione dei casi acutezza di vedute e genialità interpretativa e quel fascino di una discussione profonda e nel tempo stesso brillante che dà a chi lo ascolta la sensazione di una mente clinica di primo ordine.

Nè solo le sue doti di mente egli porta al letto dell'ammalato, ma anche quelle dell'animo ove profonde sono l'amore e la pietà.

Lavoratore infaticabile, organizzatore e animatore, nei pochi anni in cui ha diretto l'Istituto di Patologia Medica di Firenze ha saputo ricostruirlo su nuove basi, corredandolo di tutti i mezzi più moderni di ricerca, portando un impulso di vita e di lavoro di cui fa fede la ricca ed interessante produzione scientifica e clinica sua e dei suoi allievi.

Tale è l'uomo, che sale alla Cattedra che fu di Achille De Giovanni. Siamo sicuri che in quella Università dove dai lontani confini della Patria accorrono tanto numerosi anche gli studenti stranieri, degnamente continuerà le alte tradizioni della gloriosa Clinica medica italiana.

Il dott. maggior generale medico Lebrun è nominato ispettore generale del Servizio sanitario dell'Esercito belga, in sostituzione al ten. generale medico Wilmaers, che ha lasciato il posto per limiti d'età.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha assegnato il premio Laborie (6000 fr.) al prof. Georges Cannyt, direttore della Clinica oto-rino-laringologica di Strasburgo, e al dott. Jean Terracol, per la loro opera « Il seno sfenoidale: anatomia, esplorazione, chirurgia ».

Il dott. Gregorio Marañon è stato eletto presidente dell'Accademia Medica Spagnola.

La Commissione aggiudicatrice del premio Sofia A. Nordhoff-Jung per le migliori ricerche sul cancro in questi ultimi anni, ha deciso a unanimità di assegnarlo al prof. Otto Warburg, direttore dell'Istituto di Biologia Imperatore Guglielmo a Berlino-Dahlem, per le sue ricerche sul metabolismo nei tessuti normali e tumorali. La Commissione era composta dei proff. Borst, Döderlein, v. Romberg e Sauerbruch.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Per l'espansione intellettuale italiana in Argentina.

Ben pochi sono in Italia coloro i quali non sanno che una delle più ricche correnti della nostra emigrazione si dirige verso le rive del Plata da circa mezzo secolo, affluendo particolarmente verso l'Argentina.

La ragione di questa preferenza anch'essa è conosciuta, giacchè è dimostrato (oggi più che mai dopo la chiusura delle porte da parte degli Stati Uniti) che nessun'altra nazione americana offre alla gente nostra migliori condizioni di ambiente fisico e morale e maggiori facilitazioni per un lavoro rimunerativo in relazione alle medie attitudini della nostra massa emigratrice.

Queste favorevoli condizioni d'ambiente però, e il facile adattamento caratteristico in una buona parte degli emigrati, hanno fatto sì che molti di questi e specialmente coloro che hanno trascorso in Argentina la maggiore e migliore parte della loro vita, costituendovi stabile dimora e formandosi una famiglia, si sono assimilati all'elemento autoctono in tal forma che non soltanto la prole ma essi stessi possono considerarsi perduti per l'Italia, della quale conservano soltanto un ricordo vago ed a volte non favorevole anche quando non la rinnegano apertamente.

Così accade al visitatore italiano, che passa come rondine nostalgica, di ritornare al più presto possibile al nido lasciato oltremare, di sentirsi ferito nel più intimo del cuore, quando si trova in certi ambienti nominalmente italiani, fra connazionali che non parlano la loro lingua, non solo, ma cianciano un gergo « sui generis » ove si mescolano in una non pittoresca fusione lo spagnuolo, qualche espressione dialettale e rarissime parole italiane.

Questo succede certamente assai più nei paesi o paeselli dell'interno che nelle grosse città ed ha come attenuante positiva il fatto che, astrazione fatta dagli italiani emigrati negli ultimi anni, la gran maggioranza degli altri che avevano immigrato in Argentina per lo innanzi, non parlavano che il loro dialetto e non riuscivano quindi a farsi capire e nemmeno ad intendersi, se di regioni diverse. Onde per necessità vitale, lo sforzo per apprendere la lingua spagnola, che facilitando i rapporti fra loro, facilitava anche più immediate conquiste nei commerci e nel mercato del lavoro...

Ci sono state però e ci sono le onorevoli eccezioni. Italiani cioè, che pur avendo lasciato la loro patria da giovani e non avendone quindi che un pallido ricordo, sono rimasti fieramente italiani e hanno sempre onorata e difesa a viso aperto la loro Patria. La guerra di redenzione ci ha offerto luminosi esempi di questo umile ed ammirevole patriottismo della nostra gente e l'Argentina è stato il paese dal quale i connazionali sono partiti in maggior numero per compiere il loro dovere.

Ma la pennellata di colore oscuro tirata giù sul principio di queste modestissime note, aveva per unico oggetto di mettere in rilievo le benemerenze degli enti e delle persone che in questo mezzo secolo e particolarmente negli ultimi anni, hanno speso le loro migliori energie nella difesa dell'italianità in quelle terre e favorito con tutti i mezzi atti allo scopo la nostra penetrazione intellettuale.

Lasciando da parte, non per voluta trascuranza ma per necessità di spazio, l'opera svolta dalla stampa italiana e dalle scuole elementari sostenute, a volte con gravi sacrifizi, da parecchie fra le associazioni di mutuo soccorso fondate dai nostri connazionali a centinaia nel vasto ambito dell'Argentina e tenuto conto che la deficienza delle nostre organizzazioni librarie va ora correggendosi per lo sforzo di alcuni volenterosi di questa e dell'altra riva dell'Atlantico, merita di essere citata al posto di onore la sezione bonaerense della Dante Alighieri. Questo ente oltre a mantenere corsi complementari di lingua, storia e geografia italiane, ha trovato modo di istituire da qualche anno un fiorente corso di letteratura ed ultimamente corsi di declamazione, di eloquenza e di letteratura comparata. Non solo, ma nel suo decoroso locale, sono stati ricordati ad ogni occasione i fasti ed i nefasti d'Italia e i figli che maggiormente ne onorarono il nome, nei più diversi campi delle umane attività.

Così vi si svolsero anche solenni commemorazioni di alcuni fra gli scienziati che scomparvero ultimamente dalla palestra medica italiana: il Banti ricordato dal chiar.mo prof. Araoz Alfaro, il Grassi dal prof. Aloise Bachmann.

Così altri scienziati nostri viventi e fra questi il prof. Ascoli, il prof. Alessandrini ultimamente vi tennero interessanti conferenze che furono altrettante affermazioni di italianità.

Giustizia ci muove ad accennare anche alla Federazione Generale delle Società Italiane nell'Argentina, che in molte occasioni ha poderosamente contribuito, fedele al suo programma, a quest'opera di penetrazione; nè va dimenticato il Circolo Italiano, ove i nostri conferenzieri (ed alcuni veramente illustri come Innocenzo Cappa, Vittorio Emanuele Orlando ed il grande mutilato Del Croix) seppero svegliare palpiti di italianità vera anche in cuori che l'Italia avevano dimenticato o quasi.

Il fervore d'opere che nei riguardi della penetrazione intellettuale italiana ha caratterizzato il decennio posteriore alla guerra, ebbe per effetto di raggruppare un nucleo non numeroso ma sceltissimo di figli d'italiani e da questo nucleo sorsero prima « Latium », poi l'Istituto argentino di coltura italica, che con la Rivista, col libro, con conferenze, portarono anch'essi un valido contributo alla penetrazione stessa. E fecero anche di più imperocchè favorirono l'andata in Argentina di una missione studentesca genovese e quella di varie personalità nostre e si dettero d'attorno per facilitare l'invio dei medici che vennero in Italia per studi malarici, d'accordo con quel grande e sincero amico dell'Italia che è S. E. il dott. Perez, ambasciatore argentino presso il Quirinale.

Tuttavia se è da segnalarsi la benefica attività delle istituzioni sopracitate, non v'ha dubbio che questa attività è logica e doverosa, in quanto

dette istituzioni sono sorte principalmente per svolgere un'opera siffatta.

Merito quindi maggiore nel contributo alla nostra espansione intellettuale in Argentina ha prestato e presta l'Istituto Biologico Argentino, ente scientifico-industriale fra i maggiori del mondo, ma non sorto certamente con scopi uguali a quelli delle suddette istituzioni.

Ideato, fondato e portato ad un ammirevole sviluppo da menti italiane, con a capo il dottor Silvio Dessy, l'Istituto Biologico Argentino non onora soltanto la Repubblica ospitale che lo vide nascere ma anche e sopratutto l'Italia.

Fondato l'Istituto Biologico Argentino, il dottor Dessy ne fece oltre che una magnifica organizzazione scientifico-industriale, un tempio d'italianità intesa nel modo più squisito. Assai ben secondato dai suoi cooperatori tecnici ed amministrativi onorò la patria lontana e ne difese gl'interessi come meglio potè e seppe.

Sì bella e coraggiosa opera d'italianità (certamente coraggiosa in quanto l'Istituto Biologico ha forzosamente cittadinanza argentina) basterebbe da sola a far annoverare il Dessy fra i maggiori benemeriti del nome italiano in Argentina.

Ma il dott. Dessy con la volenterosa cooperazione del prof. Lenzi, del dott. Vercellino, del rag. Landi ha fatto di più poichè in molteplici occasioni sia direttamente sia prestando tutto il suo appoggio morale ha chiamato in Argentina, a dettarvi conferenze che ebbero il più lusinghiero successo, scienziati di alto valore come il sen. prof. A. Lustig, il prof. V. Putti, il prof. M. Patrizi, e recentemente i proff. V. Ascoli e G. Alessandrini che parteciparono con grandissimo successo ai lavori del III Congresso internazionale di Medicina tenutosi ultimamente in B. Aires.

Quando avremo ricordato che alcuni anni or sono l'Istituto creava una borsa di studi a favore del laureando della Facoltà di Medicina di Buenos Aires che intenda specializzarsi in Biologia, mettendola a intera disposizione della suddetta Facoltà e con l'unico obbligo che la specializzazione in parola debba aver luogo in Italia ed avremo aggiunto che lo scorso anno, a degnamente commemorare il compianto Banti, suo maestro, il Dessy si faceva iniziatore, con una grossa somma, di una sottoscrizione per fondare il premio « Banti » che si assegna al medico italiano od argentino che presenti il miglior lavoro originale di anatomia patologica, non avremo ancora detto tutto quello che la penetrazione intellettuale italiana deve a Silvio Dessy del quale non sappiamo se maggiormente ammirare l'altezza dell'ingegno, la vasta preparazione o il patriottismo intelligente ed operoso.

Ce ne è però abbastanza perchè gli italiani della penisola e sopratutto i nostri medici non abbiano a dimenticarne il nome. Auguriamocelo e saremo lieti se, con queste brevi note di vita italiana in Argentina, avremo modestamente contribuito a lumeggiarne uno degli aspetti più nobilmente simpatici.

« Sicut erat in votis... ».

Dott. ARNALDO POZZI.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Istituto Internazionale per lo studio della Malaria.

Il capo del Governo, on. Mussolini, ha ricevuto una Commisione presieduta dall'ambasciatore della Repubblica Argentina presso il Quirinale, prof. Fernando Perez, della quale facevano parte gli ambasciatori del Brasile e dei Cile e i ministri diplomatici dell'Uruguay, Venezuela, Colombia, Equador, Messico, Cuba e Perù. La Commissione ha chiesto che venisse affrettata la fondazione dell'Istituto Internazionale per lo studio della malaria, in conformità ad una proposta già votata dal Congresso internazionale sulla malaria, adunatosi a Roma lo scorso anno, la quale aveva ottenuto il consenso del Governo italiano. Un ordine del giorno analogo è stato anche approvato in occasione del recente Congresso medico argentino, dal Corpo diplomatico sud-americano convocato dal Perez.

L'on. Mussolini ha preso impegno che l'Istituto sarà presto un fatto compiuto. Comincerà a funzionare nel prossimo maggio sotto forma di Corsi di malariologia, modellati su quelli che due anni or sono vennero organizzati a Roma per un gruppo di medici e d'ingegneri argentini e che ottennero tanto successo.

Il nuovo Ente internazionale di alta coltura si deve alla operosa e fervida iniziativa del Perez, che è una fortuna per noi avere a nostro ospite. A lui vadano il nostro plauso e la nostra gratitudine.

Congresso internazionale di genetica.

Il Comitato internazionale eletto per preparare il V Congresso internazionale di Genetica, ha accolto ad unanimità l'invito della Società Tedesca di Genetica, perchè il convegno si aduni a Berlino. La data è fissata dall'11 al 18 novembre 1927. Lingue ufficiali saranno il francese, il tedesco e l'inglese; nella prima seduta si stabilirà se altre lingue verranno ammesse. Una parte del congresso concernerà la medicina. La tessera di membro costa 15 RM.; il resoconto sarà messo a disposizione dei membri al prezzo di 30 RM. Durante il congresso si terranno feste e ricevimenti; alla fine avranno luogo una gita a Potsdam e un'escursione ad Halle.

Congresso francese di neuro-psichiatria.

Il XXXI Congresso di Neuropsichiatria della Francia e dei paesi di lingua francese è indetto a Blois dal 1º al 6 agosto. Temi: « L'automatismo mentale » (Lévy-Valensi e Nayrac); « I tumori dei ventricoli laterali » (Jumentié); « Il divorzio degli alienati; giurisprudenza, applicazione e risultati » (Boven). Per iscrizioni e informazioni rivolgersi al segretario generale dott. Olivier, direttore medico della « Maison de Santé de Blois » (Loir-et-Cher). Tassa d'iscrizione 50 fr. Gl'inscritti prima di giugno 1927 riceveranno gli atti a misura che si pubblicano.

Pubblicazioni della nostra Casa Editrice a disposizione degli abbonati del " Policlinico „ con agevolazioni sul prezzo di copertina.

Per l'ITALIA, le sottoelencate pubblicazioni si possono ricevere anche in piego o pacco gravato del loro rispettivo importo; ma, in questo caso, il loro ammontare viene aumentato delle occorrenti tasse di Assegno e del Vaglia di rimborso. Si tenga dunque presente che il mezzo più semplice, rapido ed economico è quello di rimetterne l'ammontare mediante Chèque bancario riscuotibile in Roma o con Vaglia postale. Nel Vaglia postale indicare sempre « per l'Ufficio postale SUCCURSALE DICIOTTO - ROMA ».

Per l'ESTERO, a causa delle maggiori spese postali necessarie per la spedizione, l'importo dei libri va aumentato nella misura del 10 per cento e deve essere inviato mediante Chèque o Vaglia bancario riscuotibile in Roma, non potendosi eseguire, come per l'Italia, la spedizione gravata di assegno.

DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO. (Prof. G. FUMAROLA). PARTE GENERALE. Prefazione e due capitoli del prof. GIOVANNI MINGAZZINI. Volume di pagine VIII-352, con 175 figure nel testo, più 8 tavole, fuori testo, a colori. Prezzo L. 42. Per i nostri abbonati sole L. 37,75.

PARTE SPECIALE, in tre volumi: 1) **Sistema nervoso periferico.** Volume di pag. 242, con 67 figure nel testo. Prezzo L. 28. Per i nostri abbonati sole L. 25,75.

Id. 2) **Sistema nervoso centrale: MIDOLLO SPINALE.** Volume di pag. 238, con 66 figure nel testo. Prezzo L. 33. Per i nostri abbonati sole L. 30,75.

È in corso di stampa il volume 3° della PARTE SPECIALE che tratta **IL CERVELLO** e che completa l'opera.

DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA. (Prof. ROMAGNA MANOIA). Prefazione del prof. GIOVANNI MINGAZZINI. Volume di pagine VIII-196, con 12 figure nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16.25.

LA PSICANALISI. (Dott. G. DRAGOTTI). Seconda edizione accuratamente riveduta e ampliata. Prefazione del prof. SANTE DE SANCTIS. Volume di pagine VIII-96, con ritratto (in formato di mm. 90×135) di S. FREUD. Prezzo L. 14. Per i nostri abbonati sole L. 12.75.

I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA. (J. B. URRY). Traduzione della 3ª edizione inglese, riveduta ed accresciuta dal dott. GIUSEPPE DRAGOTTI. Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Volume di pagine VIII-296, con 23 tavole intercalate ed una a colori fuori testo, rilegato in tela. Prezzo L. 45. Per i nostri abbonati sole L. 42.25.

MANUALE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA. (Prof. G. BILANCIONI). Volume I. - Parte Generale. *Naso e cavità annesse.* Volume di pagine XVI-524, con 224 figure nel testo. Prezzo L. 58. Per i nostri abbonati sole L. 53.25.

Dello stesso prof. BILANCIONI, usciranno fra breve i volumi II e III: *Laringe - Faringe.*

In preparazione il volume IV: *Orecchio.*

LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA. *Guida allo studio della fonetica biologica* (Prof. G. BILANCIONI). Prefazione del prof. SANTE DE SANCTIS. Volume di oltre 500 pagine, con 194 figure originali nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. Prezzo L. 35. Per i nostri abbonati sole L. 32.90.

MANUALE DI OCULISTICA *ad uso dei medici pratici e degli studenti.* (Prof. G. DE VINCENTIIS). Volume di pagg. XVI-624, con 259 figure in nero ed a colori nel testo e con una Tabella e sette Tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 68. Per i nostri abbonati sole L. 64.

PICCOLA CHIRURGIA E CHIRURGIA D'URGENZA. (Prof. L. DOMINICI). Prefazione del prof. ROBERTO ALESSANDRI. Volume *elaborato con criteri di assoluta praticità,* di pagg. IV-452, con 225 figure nel testo, rilegato in tela. Prezzo L. 56. Per i nostri abbonati sole L. 52.

COMPENDIO DI SEMEIOTICA CHIRURGICA. (Prof. L. DOMINICI). Prefazione del prof. ROBERTO ALESSANDRI. Volume di pagg. VIII-425, con 73 figure nel testo e 4 tavole colorate fuori testo. Prezzo L. 42. Per i nostri abbonati sole L. 36.75.

L'IMPORTANZA DELLE PARATOIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE. (Dott. V. GHIRON). Volume di pagg. VIII-125, con 25 figure nel testo. Prezzo L. 14. Per i nostri abbonati sole L. 12.75.

L'ESAME DELLA FUNZIONE RENALE CON I MODERNI METODI DI INDAGINE. (Prof. G. RAIMOLDI). Prefazione del prof. ROBERTO ALESSANDRI. Volume di pagine VIII-247, con varie figure nel testo. Prezzo L. 30. Per i nostri abbonati sole L. 27.50.

LE NEFROPATIE SECONDO LE MODERNE VEDUTE. (Dott. S. SILVESTRI). Volume di pagine VI-168. Prezzo L. 16. Per i nostri abbonati sole L. 14.25.

PRONTUARIO DELL'IGIENISTA. (Dott. A. FILIPPINI). Prefazione del prof. GIUSEPPE SANARELLI. Volume *compilato con criteri eminentemente pratici,* di pagg. XVI-564, rilegato in tela. Prezzo L. 52. Per i nostri abbonati sole L. 48,50.

DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE. (Prof. C. BASILE). Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Volume di pagg. XII-262, con 18 tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 33. Per i nostri abbonati sole L. 29,75.

MEDICINA TROPICALE E IGIENE MARINARA. (Dott. R. RIBOLLA). *Manuale teorico-pratico secondo i nuovi programmi per gli esami di abilitazione a medico di marina mercantile,* con lettera di AUGUSTO MURRI e di ALDO CASTELLANI. Volume di pagine XVI-491, con 39 figure nel testo. Prezzo L. 52. Per i nostri abbonati sole L. 48.75.

LA BISMUTOTERAPIA DELLA SIFILIDE. (Dott. F. TRAVAGLI). Volume di pagg. IV-72. Prezzo L. 12. Per i nostri abbonati sole L. 10.75.

LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI. (Dott. F. TRAVAGLI). Prefazione del prof. A. MORSELLI. Volume di pagg. VIII-112, con 15 figure nel testo. Prezzo L. 10. Per i nostri abbonati sole L. 8.75.

LA BLENORRAGIA E LE SUE DANNOSE CONSEGUENZE PER L'INDIVIDUO, LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ. (Prof. L. MORINI). Volumetto di pag. 35, in nitidissimi tipi elzevir. Prezzo L. 5.50

LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE. (Dottor A. VIGO - *doctor Justitia*). Volume di pagine XVI-214, contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che si riferisce all'esercizio professionale, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitarii e del personale addetto ai laboratori di vigilanza igienica. Prezzo L. 16. Per i nostri abbonati sole L. 13.75.

DEI MEDICI FUTURI. (AUGUSTO MURRI). Pressati da incessanti insistenze, abbiamo ristampato questo lucido lavoro del grande Maestro e vi abbiamo potuto aggiungere un recente riuscitissimo ritratto dell'illustre uomo, in formato di mm. 150×190, stampato su carta patinata.
Volume di 47 pagine. Prezzo L. 8. Per i nostri abbonati sole L. 6.90.

Inviare: Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo « per l'Ufficio postale Succ. diciotto », ROMA.

ANNO XXXIV Roma, 17 Gennaio 1927 Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Diagnosi radiologica dell'ascaridiosi.

Dott. MARIO MUZII.

Dopo le comunicazioni del prof. Fritz della Università di Innsbruk (1922) che rese noti i primi due casi di scoperta radiologica di ascaridi nel tenue; di Reiter che ne comunicava altri due casi pure appartenenti al Fritz (1923); di Busi nello stesso anno (due casi osservati nel periodo del mio alunnato presso di Lui); di Marco Vietti (1925, VI Congresso Italiano di Radiologia Medica, Trieste); di Giovetti (*Radiologia Medica*, 1926); e sopratutto dopo il lungo articolo dello stesso Vietti (comparso nella *Radiologia Medica*, agosto 1926), per i cultori della Radiologia, la diagnosi radiologica di ascaridi presenti nel tenue od in altre parti del canale alimentare, è ormai cosa di pratica comune e molto frequente. Ognuno di noi, di fatti, conosce la tecnica necessaria a tali esami ed i caratteri morfologici radiologici con cui questi elminti si presentano. Perciò io ricorderò solo molto brevemente tali cose.

Credo però che questa mia breve nota sull'ormai vecchio argomento possa destare interesse nei medici pratici, e possa essere utile per dimostrare ancora a quali straordinariamente importanti risultati diagnostici e terapeutici possa portare la scoperta per mezzo dei raggi X della presenza di tali vermi nell'intestino umano.

La ricerca degli ascaridi si esegue radiologicamente per mezzo del pasto opaco, somministrato *per os*. Son d'accordo col Vietti nel giudicare che il pasto opaco liquido (latte cmc. 200, acqua cmc. 200, solfato di bario gelatinoso gr. 150) è il meglio adatto per la sua fluidità.

Gli ascaridi appaiono come delle striscioline trasparenti uniche o multiple, fra loro isolate, ravvicinate, attraversate l'una dall'altra, di calibro uniforme, regolari, a dolce unica o multipla curvatura, con estremità assottigliate, a contorni lisci, assai varie per lunghezza (vedi le figure), in mezzo all'ombra opaca del pasto di contrasto, il quale riempie l'ansa intestinale che contiene il parassita. La constatazione di queste striscioline può avvenire semplicemente senza alcuna manovra speciale, radioscopicamente o sui radiogrammi, ma il più delle volte se ne accerta la presenza quando, palpando con la mano e premendo dolcemente sulle anse del tenue, la pressione stessa le rende subito visibili perchè scaccia ai lati il bario che inguainava tutto il verme. Qual-

che volta nel mezzo della strisciolina trasparente si vede correre un sottilissimo filo opaco per tutte la sua lunghezza, che rappresenta l'immagine dell'intestino del parassita il quale ha ingerito del bario. (V., ad esempio, la freccia nella figura 3).

Osservazione I. — M. Ferdinando, di anni 59. Da 20 anni circa soffre di turbe gastro-intestinali, caratterizzate da dolori addominali a sede variabile; insorgenti ad intervalli variabilissimi di tempo, non dovuti a cause speciali; frequentemente scariche alvine (3, 4, 5 al giorno) con emissione di feci diarroiche, mucose, miste a strie di sangue. Ha avuto dei periodi di benessere, ma è poi ricaduto nel male, con sindrome simile, numerose volte. L'ultima volta, nel maggio 1925, quando capitò alla mia osservazione. Ha qualche volta inappetenza; dimagra continuamente; ha assunto un aspetto emaciato; la cute e le mucose visibili sono pallide, di colorito terreo.

Fig. 1.

L'esame radiologico dell'apparato digerente dimostrò la integrità anatomica di tutte le sezioni del canale alimenare, ma fece vedere che il soggetto albergava nell'intestino tenue alcuni ascaridi (v. fig. 1).

A tale reperto non si volle dare che una modesta importanza come quello che non potesse spiegare tutta la sindrome morbosa, ma si fu indotti *per esso* a praticare un esame microscopico delle feci onde rendersi conto del numero delle uova che contenevano. L'esame in parola rivelò la presenza anche di uova di anchilostoma duodenalis.

Opportunamente curato, il soggetto è completamente guarito.

In questo caso, adunque, l'esame radiologico, ha dato un indizio (con l'aver dimostrato la presenza di ascaridi), che ha portato a fare un esame microscopico delle feci, dal quale è apparsa la giusta diagnosi.

Osservazione II. — De L. Maria, di anni 6. La piccola inferma dal gennaio 1926 ha cominciato ad avere vomiti frequenti di materiale alimentare, dolori a tipo colico localizzati alla metà destra dell'addome, gonfiori addominali, borborigmi. È venuta mano a mano dimagrando sensibilmente; ha spossatezza. I famigliari non si sono mai accorti che avesse espulso dei vermi con le feci. Due volte c'è stato rialzo termico discreto durante gli accessi dolorosi. Chi ha visto la paziente nei momenti in cui soffriva di una di queste coliche, asserisce di aver notato che essa aveva un addome tumido e di aver visti disegnarsi a destra, a livello dell'ombelico, delle anse intestinali in vivace contrazione.

Il primo sospetto diagnostico di stenosi intestinale è stato confermato dall'indagine radiologica, la quale (fig. 2) ha dimostrato trattarsi di un ostacolo al circolo intestinale causato da un

Fig. 2.

ammasso di ascaridi occludenti un'ansa di tenue, posta a destra dell'addome.

Dopo una energica cura antielmintica con il Botulan Bayer la paziente ha emesso oltre cento ascaridi ed è guarita.

In questo caso l'esame radiologico ha disarmato la mano del chirurgo il quale poteva sentirsi autorizzato ad intervenire, poichè i sintomi clinici glie lo consentivano; e con quale vantaggio per l'inferma, si comprende.

Osservazione III. — F. Mario, di anni 9.

Questo caso si è giovato dell'esame Roentgen perchè con esso si è chiarita una sindrome vaga,

Fig. 3.

imprecisa, basantesi esclusivamente su di un forte dolore accessuale all'ipocondrio destro, sopravveniente regolarmente ad intervalli di 10-15 giorni, che durava alcune ore; senza altra manifestazione morbosa e che data dall'età di 4 anni del paziente.

Diverse e disparate le diagnosi emesse dai curanti. S'era anche pensato ad una calcolosi biliare ed era stato proposto l'intervento chirurgico.

Posta, invece, la diagnosi radiologica di ascaridiosi (fig. 3) e sottoposto l'infermo a cura antielmintica, con l'emissione di numerosi ascaridi, i dolori non si sono più ripresentati. (Sono trascorsi ormai 6 mesi).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN ROMA - SALA GENGA.

Reumatismo e ascesso perianale da infezione gonococcica a porta di entrata rettale, conseguente a rapporti omosessuali

per il prof. GIOVANNI ANTONELLI
medico primario e lib. doc. di Patologia medica.

La gonorrea del retto fu clinicamente descritta la prima volta da Hecker nel 1779: naturalmente è stata meglio studiata e batteriologicamente definita dopo la scoperta del gonococco. È rara negli uomini, più frequente nella donna (Balzer): in essa è dovuta spesso al coito anale, od allo scolo vaginale o della bartolinite che inquina la regione anale, raramente al trasporto del pus mediante materiale di medicatura o le dita. Secondo Jadassohn, nella donna le più frequenti occasioni si hanno per effetto delle manovre di nettezza dopo la defecazione; nell'uomo la gonorrea rettale si può stabilire in seguito a svuotamento di prostatiti (Cohn), od a spermatocistiti (Lange). Rosse afferma che tale forma morbosa è particolarmente frequente nelle donne negre. Gottstein ne ha descritto un caso in donna vergine; Byfield, Albert e Mark L. Floyd ne hanno riferito parecchi casi in bambini infettati mediante l'applicazione rettale di un termometro inquinato. Martin riferisce un caso in cui coesisteva blenorragia uretrale; Porudominski ha riportato due osservazioni personali di pazienti contaminati per effetto di massaggi prostatici.

I fenomeni della proctite gonococcica sono talvolta poco manifesti, hanno decorso molto lungo e restano latenti fino alla comparsa di una complicazione. La mucosa rettale è per lo più arrossata, erosa od anche ulcerata, è facilmente sanguinante, e presenta spesso vegetazioni (Jullien, Gautier e Jaubert, Bensaud, ecc.), talvolta a tipo papillomatoso (Hamonic). Altre volte può determinarsi una stenosi rettale (Hartmann, Louste e Baranger, ecc.), cioè una « rectitis fibrosa » o « stenosans » (Levy, Weissmann). Non ostante che le ulcerazioni della mucosa sieno di rado profonde, la periproctite può insorgere precocemente.

Quanto alle complicazioni conseguenti alla rectite blenorragica, Griffon ha già affermato ch'essa può complicarsi con ascessi perirettali, fistole e flebiti. Jadassohn ha osservato lo sviluppo di ascessi ai lati dell'ano, con mucosa rettale perfettamente normale, in due uomini, nei quali non fu in grado di stabilire se il processo era dovuto a propagazione lungo i linfatici di una gonorrea

uretrale o prostatica. Stühmer in 6 casi ha riscontrato infiltrati perirettali ed ascessi, che in parte dovettero essere incisi. Scomazzoni ha dimostrato la penetrazione in profondità del gonococco in modo da render possibile lo sviluppo di ascessi profondi. Però tali complicazioni possono essere dovute tanto ad infezione gonorroica pura, quanto ad infezione secondaria. Almkvist riporta le storie di 4 casi di *abscessus ad anum*, 3 dei quali si dimostrarono puramente gonococcici; egli ammette però che gli ascessi perianali possano dipendere anche da altri batteri, e spiega la formazione dell'ascesso colla diffusione del processo gonorroico dalle glandole o dai follicoli intestinali al tessuto connettivale della parete intestinale.

Riassumo ora la nostra osservazione clinica:

« C. V., di anni 63, portiere. Nulla d'importante nei precedenti ereditari. A 17 anni, ulceri veneree; a 23 anni contrasse matrimonio: la moglie partorì quasi a termine due feti macerati, ed in seguito ebbe altri aborti. Trent'anni fa, polmonite e infezione tifoide. Nel 1924 si manifestarono sintomi, che destarono il sospetto di un'ulcera gastrica. Sembra che in quel tempo sia stata eseguita una reazione di Wassermann con risultato positivo; furono praticate iniezioni di 914. Il 29 dicembre u. s. si iniziarono manifestazioni articolari a carico dell'arto superiore destro, che si sono seguite in quest'ordine: dapprima dolore e tumefazione fra la 2ª e 3ª falange del dito medio; poi alla regione dorsale del polso ed alla maggior parte delle articolazioni metacarpo-falangee ed interfalangee. Tali fenomeni si accompagnarono con febbre oscillante fra 38° e 39° per la durata di un mese; dopo circa 2 mesi dall'inizio delle manifestazioni articolari, fu scarsamente colpita l'articolazione del gomito, e nei primi dell'aprile u. s., più intensamente l'articolazione scapolo-omerale.

Fra tutte è stata maggiormente compromessa l'articolazione del polso. Dopo il primo mese, la temperatura si attenuò fino ad uno stato sub-febbrile.

Il paziente nega recisamente di aver contratto blenorragia uretrale o di aver notato secrezione uretrale; non ha mai avvertito speciali disturbi in rapporto con la minzione. Data la persistenza dei fenomeni articolari, viene accolto nel reparto da me diretto, il 23 aprile.

Esame obbiettivo. Condizioni generali discrete; apparato respiratorio normale, salvo modico abbassamento dei confini polmonari inferiori. Punta del cuore al 5° spazio, poco all'esterno dell'emiclaveare; lievissimo debordamento del confine destro e scarso debordamento a destra dell'ipofonesi sopracardiaca; 1° tono parafonico; forte il 2° aortico; visibilmente pulsanti le arterie periferiche. Polso ritmico (60).

Appena palpabili il bordo epatico e il polo inferiore della milza. Reni non palpabili; assenza dei punti dolorosi del Bazy; nulla a carico dei testicoli, epididimi e deferenti. La pressione lungo l'uretra non dà esito a fuoriuscita di secreto. Tracce minime di albumina, epiteli e scarsi leucociti nelle urine.

A carico delle articolazioni dell'arto superiore destro, si nota: regione sottoacromiale notevolmente dolente; dolente anche l'articolazione scapolo-omerale, con limitazione dei movimenti attivi e passivi, specie di quello dell'elevazione del braccio; molto meno dolenti le articolazioni omero-cubitale ed omero-radiale, dove i movimenti attivi e passivi sono quasi completi. Dolente l'articolazione radio-carpica, dove si apprezza anche una certa intumescenza periarticolare; la mano è in atteggiamento di quasi completa estensione, con leggera adduzione del pollice. La flessione delle dita sui metacarpi è limitatissima spontaneamente; lo è anche nei movimenti passivi; si riesce a flettere le dita fino ad un angolo notevolmente aperto; lo stesso fenomeno si constata a carico delle articolazioni interfalangee, specialmente delle distali e del dito medio, dove si rileva un'anchilosi completa fra la 2ª e 3ª falange.

Nelle articolazioni interfalangee prossimali si nota appena qualche scricchiolio; quasi tutte le piccole articolazioni sono dolenti alla palpazione. Nell'articolazione interfalangea distale del dito medio si nota una nodosità dorsale periarticolare; in minor grado la si apprezza al 2° e 4° dito.

Evidente ipotrofia del deltoide, dei muscoli brachiali e del gruppo radiale dell'antibraccio; appiattimento notevole dell'eminenze tenare ed ipotenare. Riflesso tricipitale più vivace a destra che a sinistra.

Wassermann negativa.

Ciò non ostante si pratica un'intensa cura intravenosa di neosalvarsan, con risultato terapeutico negativo rispetto all'intensità dei fenomeni articolari. Lo stesso dicasi in rapporto ad una cura a base di atophan.

Nell'ultima decade di maggio il paziente accusa intenso dolore nella regione perianale, e quivi presenta obbiettivamente una tumefazione di colorito rosso-vinoso, notevolmente dolente alla pressione, il cui inizio risale, a quanto afferma il paziente, ai primi di maggio. In tale occasione si constata una ripresa del processo febbrile, con temperature fino a 38°.7 ».

Fu proprio allora che, considerando la tenacia e relativa fissità delle manifestazioni articolari, a tendenza anchilosante, mi balenò il sospetto di una possibile origine gonococcica sia del reumatismo sia dell'ascesso perianale; ma il non avere il paziente offerto elementi anamnestici ed obbiettivi positivi in rapporto ad una blenorragia uretrale, mi conduceva ad un sospetto irrispettoso per la sua onorabilità: quello di un possibile contagio blenorragico per la via ano-rettale, in seguito a rapporti omosessuali. A tale sospetto fui anche condotto dal contegno un po' femmineo, che assumeva il paziente nell'esprimere le sue sofferenze. Era necessario tradurre il sospetto in certezza con un'indagine anamnestica sussidiaria, da compiersi con quell'arte e quelle cautele che imponeva il caso speciale di un uomo ammogliato, che aveva già varcato la sessantina. Tale indagine, compiuta con la massima circospezione, insieme al mio aiuto dott. Speranza, dette un risultato indubbiamente positivo: il paziente confessò ripetuti *rapporti omosessuali* (pederastia passiva), di cui l'ultimo risaliva a circa un mese prima dell'inizio delle manifestazioni articolari.

Un primo esame microscopico del pus estratto con puntura esplorativa dal fondo dell'ascesso perianale, in preparati allestiti col metodo di

Ziehl-Neelsen e con quello di Gram, rivelò la presenza di numerosissimi cocchi intra- ed extracellulari, di cui molti presentavano la disposizione a grano di caffè, Gram-negativi, non che un'estrema abbondanza di leucociti polinucleati per lo più ben conservati (vedi reperto batteriologico).

Dopo pochi giorni l'ascesso si perforò spontaneamente; ciò non ostante fu possibile aspirare dal fondo, con siringa sterile, una certa quantità di materiale purulento, che insieme coi preparati già allestiti, affidammo al chiarissimo prof. V. Puntoni, perchè sancisse con la sua competenza il nostro giudizio, mediante speciali indagini batteriologiche. Alla sua cortesia dobbiamo l'accurato reperto, che riferisco qui appresso, e colgo l'occasione per esprimergli i più sentiti ringraziamenti.

Esame batteriologico. « Venne eseguito un primo prelevamento del pus ad ascesso ancora chiuso. Con esso vennero eseguite preparazioni microscopiche con le colorazioni di Gram e di Ziehl-Neelsen. Il pus risultò costituito da un'enorme quantità di leucociti polinucleati, e di scarsi mononucleati; fra gli elementi morfologici erano disseminati, in quantità prodigiosa, dei piccoli microbi cocciformi, in molti dei quali appariva evidente un aspetto reniforme e l'accoppiamento a grano di caffè. La maggior parte dei cocchi erano extracellulari, ma non mancavano numerosi esempi di tipica e multipla fagocitosi. Nei preparati trattati col metodo di Gram, si ebbe la decolorazione dei cocchi, sebbene l'intero materiale (elementi morfologici compresi) offrisse un certo ostacolo alla decolorazione. Nei preparati trattati col metodo di Ziehl-Neelsen, si osservarono in più dei suddetti cocchi, dei rarissimi batteri acido-resistenti, disposti in piccoli gruppi. Il loro aspetto non aveva nè la flessuosità nè la granulosità che caratterizza il b. di Koch; erano invece perfettamente dritti, uniformemente colorati, ed anche di uno spessore alquanto maggiore di quello che di solito si osserva nel b. tubercolare.

I reperti potevano orientare verso due agenti patogeni: il gonococco ed il b. di Koch. Per chiarire maggiormente il caso, necessitavano altre prove, per le quali venne prelevato di nuovo il pus, ma questa volta, in condizioni ben diverse, perchè nel frattempo l'ascesso si era perforato.

Il pus, esaminato di nuovo al microscopio, mostrò una flora straordinariamente variata, evidentemente secondaria, nella quale tuttavia si osservavano, assai numerose, delle coppie a grano di caffè libere, o, più raramente, fagocitate. Le colorazioni col metodo di Ziehl-Neelsen, per quanto ripetute ed accuratamente esaminate, non dimostrarono più nessuna forma acido-resistente.

Il pus del secondo prelevamento venne seminato, per larga disseminazione in superficie, su agar e su agar-ascite. Le colonie sviluppate furono numerose e varie (tra le altre, di stafilococchi e di colibacilli): non fu possibile osservare nessuna colonia di cocchi a grano di caffè nelle semine su agar semplice; invece nelle semine su agar-ascite si osservarono, dopo 48 ore, ed in numero discreto, delle piccole colonie rugiadiformi, che esaminate con l'obb. n. 2, mostrarono l'irregolarità che è caratteristica delle colonie di gonococco.

Queste piccole colonie si trapiantarono bene su tubi di agar-ascite, mentre non coltivarono affatto su agar semplice.

Al microscopio apparvero costituite da un tipico cocco a grano di caffè, alquanto polimorfo per la grandezza delle coppie, e Gram-negativo.

Eseguita la prova di fermentazione del maltosio (terreno di His al maltosio), questa fu positiva.

Per l'insieme di questi dati si pone *la diagnosi batteriologica di gonococco.*

La diagnosi viene convalidata dalla sierodiagnosi con la *deviazione del complemento*, eseguita dal dott. Sette, col siero del malato e con esito nettamente positivo, di fronte a molteplici stipiti di gonococco.

Per quanto riguarda il reperto dei rari acido-resistenti nel primo prelevamento, si è tentato di chiarire il loro significato, mediante le prove

Fig. 1.

biologiche sulla cavia. Disgraziatamente, essendo stata eseguita questa prova col pus del 2° prelevamento, ricco di flora secondaria, si ebbe la morte dei due animali inoculati per colibacillosi generalizzata.

Pertanto questo secondo punto non ha avuto un chiarimento batteriologico completo, ed è possibile soltanto affermare che all'esame microscopico, i microbi acido-resistenti osservati, non avevano un aspetto tubercolare convincente ».

Durante l'evoluzione della flogosi perirettale, e prima della perforazione, si è constatata una lieve cilindruria e una modica piuria ed epiteluria, di breve durata.

Esplorazione ano-rettale. Regione perianale infundiboliforme; a distanza di oltre 2 cm. dall'orificio anale, si nota l'apertura del cavo ascessuale sulla faccia interna della regione glutea sinistra. Lo specillo si approfonda per circa 10 cm., e risale dietro l'ampolla rettale; non si riesce a stabilire l'esistenza di una comunicazione interna. L'esplorazione fatta con speculum, dimostra la

mucosa dell'ampolla rettale turgida, fortemente congesta, abrasa e facilmente sanguinante.

Non si rileva apprezzabile ingrossamento della prostata nè si hanno segni di stenosi rettale.

Si pratica, dopo l'accertamento batteriologico, la terapia mediante un eterovaccino polivalente antigonococcico, a dosi crescenti da 10 milioni fino a 500 milioni di germi, con notevole efficacia rispetto all'intensità dei dolori articolari, quasi del tutto scomparsi.

Nell'ultimo periodo di degenza, si nota, sempre a carico della faccia interna della regione glutea, e in vicinanza dell'apertura dell'ascesso sopra descritto, un altro nodulo infiammatorio, coincidente con una ripresa del processo febbrile, anch'esso spontaneamente perforato dopo pochi giorni.

Esame radiografico (prof. Attili). La radiografia dell'articolazione scapolo-omerale (vedi fig. 1) mostra notevole decalcificazione ossea.

La radiografia del polso e della mano (vedi fig. 2) mostra notevole rarefazione ossea a carico dell'epifisi distale del radio e del cubito; interlinea radio-carpica parzialmente scomparsa; le ossa del carpo appaiono assai rarefatte e come fuse insieme; si osserva scomparsa dell'interlinee articolari, specialmente a carico della 2ª ringhiera del carpo con i metacarpi. In contrasto con le alterazioni a tipo rarefacente, nella diafisi dei metacarpi (specialmente II, III) e delle falangi (specialmente la 1ª falange del II, III, IV e V dito e la 2ª falange del IV dito) si notano piccole zone di condensazione ossea. L'interlinea articolare fra la 2ª e 3ª falange del III dito è quasi completamente scomparsa.

Fig. 2.

L'evoluzione clinica delle artropatie, gli esami batterioscopici, e l'isolamento del gonococco, mediante gli adatti terreni colturali, dal pus proveniente dalla flogosi perirettale, e gli stessi dati anamnestici convergono tutti verso una sola induzione diagnostica: che cioè tanto l'artrite quanto l'ascesso perianale sieno da considerarsi effetti di un'infezione gonococcica. Di ciò abbiamo avuto la dimostrazione incontestabile per quanto riguarda la flogosi perirettale; inoltre, l'indagine radio-

logica delle articolazioni compromesse fornisce per sè stessa, anche indipendentemente dai dati batteriologici, forti elementi di presunzione, per ammettere la origine gonococcica dell'affezione articolare. Infatti i caratteri clinici e radiologici del reumatismo gonococcico sono: il rapido sviluppo delle atrofie muscolari, anche non in rapporto diretto con le articolazioni interessate, e le rapide alterazioni ossee a tipo di rarefazione, che appaiono all'esame radioscopico come punti di maggior trasparenza (Jadassohn), e l'evoluzione verso la plasticità (anchilosi, rigidità). Dufour dice che il reumatismo blenorragico è funzione di un'osteite articolare più che di una semplice sinovite; ciò spiega la sua fissità, in contrasto con la mobilità del reumatismo articolare acuto. Kienbock ha dimostrato in corrispondenza delle regioni colpite una trasparenza sorprendente delle ossa, derivante da un'atrofia ossea acuta; più tardi si constatano distruzioni cartilaginee ed anchilosi. Mandranges parla anche di un processo di calcificazione nell'artrite gonococcica. Anche Grashey insiste sull'atrofia ossea e la distruzione delle cartilagini, donde la irregolarità dei contorni articolari con eventuale formazione di piccoli ponti ossei, sulla scomparsa parziale o totale delle interlinee, e per quel che riguarda l'artrite del polso, sulla quasi completa fusione delle ossa del carpo. Nel nostro caso, tutti i caratteri sopra enunciati si ritrovano più o meno rappresentati, (vedi reperto radiografico).

Per quanto riguarda la via d'ingresso del virus gonococcico nel nostro paziente, data l'assoluta assenza anamnestica ed obbiettiva di un'uretrite blenorragica o delle sue più ordinarie complicazioni, dato che il paziente ha confessato rapporti omosessuali passivi, prima dell'inizio delle manifestazioni morbose, e dato anche che la mucosa rettale ha presentato delle alterazioni che si conciliano bene con l'ipotesi di una proctite gonococcica, mi sembra superfluo spender molte parole per ammettere, nel nostro caso, che la porta d'ingresso dell'infezione gonococcica non possa essere stata che la mucosa ano-rettale, porta d'ingresso certamente eccezionale nel sesso maschile. Quanto alla possibilità che la blenorragia ano-rettale si complichi talvolta con il reumatismo blenorragico, nella letteratura accennano appena a tale eventualità Braquehaye e Malignon, non che Byfield, Albert e Mark L. Floyd, che in 2 bambini affetti da proctite gonococcica, notarono anche manifestazioni articolari; non ho trovato altri cenni bibliografici su tale argomento.

In conclusione, ho creduto opportuno segnalare l'osservazione sopra riferita:

1) per la eccezionale porta d'ingresso del virus gonococcico (mucosa ano-rettale), nel sesso maschile, specialmente se si tien conto dell'assenza di blenorragia uretrale o delle sue più ordinarie complicazioni;

2) per la dimostrazione batteriologica dell'origine gonococcica della flogosi perirettale con sviluppo di ascesso perianale, la cui eziologia più comune sappiamo essere rappresentata dal bacillo tubercolare, dal bacterium coli, ecc.;

3) per la coesistenza di una classica forma di artrite gonococcica, conseguita anch'essa al sopra accennato modo di penetrazione, eccezionale nel sesso maschile, soprattutto in assenza e senza la precedenza delle comuni lesioni blenorragiche primitive!

4) *perchè la nostra osservazione suggerisce l'opportunità di pensare all'eventualità dell'origine gonococcica di alcune forme di artropatia, anche quando l'esame anamnestico e clinico escludono l'esistenza di lesioni gonococciche a carico dei genitali, e sprona a portare l'indagine anamnestica ed obbiettiva, con quel delicatissimo tatto che la situazione impone soprattutto in presenza di pazienti di sesso maschile, alla scoperta di quegli elementi di fatto, che possano avvalorare la presunzione clinica dell'origine ano-rettale dell'infezione gonococcica.*

BIBLIOGRAFIA.

ALMKVIST J. *Ueber Abscessus ad anum gonorrhoicus und Drüsenkomplicationen der Rectalgonorrhöe.* Acta dermato-venereol., Bd. 6, H. 1, 1925.

BALZER F. *Localisations extragénitales de la blennorragie: blennorragie ano-rectale.* Traité de Méd. et de Thérapeutique, Gilbert et Thoinot, vol. VII.

COHN A. *Ein Fall von Rectalgonorrhöe beim Manne infolge Perforation eines gonorrhoischen Prostatabscesses.* Med. Klinik, n. 10, p. 315, 1924.

DUFOUR H. *Lésions osseuses articulaires dans le rhumatisme blennorragique.* Presse Méd., 1920, p. 770.

GAUTIER et JAUBERT. *Un cas de rectite gonococcique proliférant et sténosant.* Journ. d. urol., vol. 18, n. 2, p. 146-149, 1924.

GOTTSTEIN. *Drei Fälle von spezifischen Entzündungen am Anus und Rektum.* Berl. Klin. Woch., 1921, n. 36, p. 1084.

GRASHEY R. *Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder,* 1924, p. 89.

HARTMANN H. *An address on inflammatory strictures of the rectum.* Lancet, 1922, n. 7, p. 307.

JADASSOHN J. *Delle complicazioni della gonorrea.* Vedi « Malattie della vescica e degli organi sessuali », p. 645, in « Clinica contemporanea » di LEYDEN e KLEMPERER.

LANGER. *Zur Pathologie der Gonorrhöe.* Berl. dermatol. Ges., Sitzg. v. 10, I, 1922.

LEVY-WEISSMANN. *La blennorragie ano-rectale.* Journal d'urol., vol. 15, n. 1, p. 13-31, 1923.

LOUSTE et BARANGER. *Rétrécissement ano-rectal et lésions inflammatoires chroniques de nature probablement blennorragique.* Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syphiligr., 1924, n. 3, p. 140-143.

MARTIN H. *Ein Beitrag zur Lehre von der Rectalgonorrhöe.* Dermatol. Woch., Bd. 76, n. 23, 1923.
PORUDOMINSKI. *Zur Frage der gonorrhoischen Proktitis.* Venereol. u. Dermatol. 1924, n. 3, p. 55-61.
RATHERY F. *Rhumatisme blennorragique* (in DEBOVE-ACHARD-CASTAIGNE: *Maladies de la nutrition,* 1912, p. 57).
ROSSER. *Proctologic peculiarities of the negro.* Am Journ. of Surg., 1923, n. 11, p. 225-273.
SCOMAZZONI T. *Contributo alla conoscenza della proctite ulcerosa gonococcica.* Giornale ital. di malattie ven. e della pelle, 1923, f. 2, p. 409-427.
STÜHMER A. *Der klinische Verlauf der Rectalgonorrhöe.* Dermatol. Zeitschrift, Bd. 32, H. 1, p. 12-24, 1921.

Ulcera dura o sifiloma?
Sifilomi atipici e pseudosifilomi

per il dott. ANTONIO POZZO.

È stata più volte sollevata la questione — che non è di pura e semplice terminologia — se non convenga abbandonare la vecchia, e non sempre conforme al vero, denominazione di « ulcus durum » per caratterizzare con il nome di « sifiloma » la lesione primaria iniziale corrispondente al punto di innesto nell'organismo della spirocheta di Schaudinn e Hoffmann.

Già nel 1860 ammoniva Sir Harrison (*The Pathology and Treatment of Venereal Diseases*, London) che « anche quando da parte dell'infermo nessuna disposizione vi sia a negare la possibilità dell'infezione, l'esistenza di un ulcero primario può sfuggire alla sua osservazione per essere soltanto una lieve abrasione od un ulcero molle piccolo che non cagiona molestie e guarisce rapidamente in pochi giorni »,

Molto tempo è passato d'allora e nel campo della sifilografia sono stati fatti dei progressi enormi; con tutto ciò, per forza dell'abitudine o della tradizione, le vecchie denominazioni di « ulcera dura » e di « ulcera molle » implicanti criteri diagnostici e direttive terapeutiche fondamentali hanno resistito alla scoperta degli agenti patogeni ed alla constatata molteplicità di forme e di sede dell'affezione primaria.

Il Königsberger è di recente ritornato sull'argomento con una sua casistica — riportata dallo « Zeitschrift für ärztliche Fortbildung » anno 18°, n. 15 — dalla quale risultava che ulcerazioni tipiche molli all'ultramicroscopio avevano dato non di rado risultati positivi per la spirocheta; d'altra parte su 173 ulcerazioni con il quadro tipico dell'ulcera dura, 2 casi si palesarono negativi anche per l'ulteriore decorso clinico e sierologico. Nelle cosidette ulceri miste si rinvennero spirochete della lues nella metà dei casi, e frequente fu il reperto del treponema specifico anche nelle lesioni banali (erosioni, escoriazioni, residui apparenti di erpete, ecc.).

Anche per la sede non si contano ormai le pubblicazioni sull'attecchimento di spirochete in località le più disparate dell'organismo, e in tali lesioni iniziali non era necessaria nè caratteristica la cosidetta « ulcera dura » come espressione di avvenuto innesto della lues. Ma non ostante tale molteplicità di pubblicazioni è pur sempre relativamente raro constatare un sifiloma in sede extra-genitale, e non reputo pertanto privo di interesse il presente contributo allo studio delle varietà di forma e di sede della manifestazione primaria della infezione sifilitica.

* * *

Il carattere clinico fondamentale su cui si basava finora la vecchia denominazione era la durezza dei bordi e della base della perdita di sostanza: seguivano la rotondità, la grandezza, l'unicità, il gemizio sanguigno, ecc., caratteri che apparivano come secondari poichè le ripetute osservazioni cliniche avevano appunto assodato che per quanto rivestissero un certo grado di peculiarità, non erano sufficienti e caratteristici come la durezza. L'esperienza ci mostra invece che talora ulcerazioni che a primo aspetto hanno la tipica fisionomia del sifiloma, all'esame microscopico dànno il reperto degli streptobacilli venerei e anche l'ulteriore loro decorso, le prove sierologiche a distanza e l'assenza completa di manifestazioni secondarie escludono la diagnosi che sui soli dati clinici era stata supposta. Compaiono all'esame dell'osservatore lesioni ulcerative piuttosto vaste, granuleggianti o torpide, di color prosciutto, con gemizio sanguigno, con la base notevolmente infiltrata che non sono che ulcerazioni veneree nelle quali la tendenza al fagedenismo, il malo trattamento terapeutico (spesso istituito dallo stesso paziente con alcool, acqua di Colonia, soluzioni di sublimato, ecc.) il torpore nel processo di cicatrizzazione hanno alterato il carattere loro fondamentale per trasformarle nel modo su descritto. Ciò che può trarre maggiormente in inganno in tali casi è la possibile contemporanea presenza di una adenia satellite che può essere bilaterale, a piccoli gangli duri, indolenti, come nella sifilide mentre per converso in molti casi di sifilide, specialmente quando vi sia una infezione mista da streptobacilli e spirochete, si può arrivare alla formazione del classico bubbone.

Nulla vi è di assoluto.

E un altro errore di diagnosi può essere dato dal criterio — una volta classico — della uni-

cità. Ormai è risaputo che nello stesso soggetto si può assistere alla comparsa di due o più ulcerazioni dovute alla spirocheta pallida: quelli che più possono trarre in inganno sono i sifilomi cosidetti lenticolari o nani, che possono essere multipli, rotondi od ovalari, con l'aspetto di una banale affezione venerea.

*
* *

Anche il sifiloma del meato urinario, che clinicamente appariva quasi sempre di diagnosi sicura, può essere simulato da infiammazione gonococcica delle pareti del meato, con formazione di ascessolini incistati nello spessore delle pareti stesse, ascessolini che, sino a quando non si rompano o non si riassorbano, posson per la loro consistenza trarre in un primo tempo in inganno.

R. de P., giovanotto sui 25 anni, si presentò un giorno con una intumescenza non molto rilevante alla parete sinistra del meato urinario, dura, ricoperta da una superficie leggermente abrasa. Da notarsi che il p. era stato in cura per una blenorragia cronica. Il meato urinario era molto ampio; l'apertura uretrale si estendeva dalla fossetta navicolare sin quasi al frenulo (uretra normale e ipospadica ad un tempo). Il processo blenorragico sembrava allora sopito; per contro il p. aveva avuto quindici giorni prima rapporti con persona molto sospetta. All'esame della sierosità ottenuta spremendo il nodo incistato e raschiando la superficie abrasa, la solita ricca flora banale. Non ostante la mancanza di adenia inguinale, l'andamento torpido dell'affezione giustificava ogni allarme quando invece, dopo una settimana di attesa e di medicazioni, si arrivò alla rottura dell'ascesso ed alla dimostrazione di gonococchi nel pus ascessuale.

Non mi dilungherò ad illustrare un caso analogo inviatomi per l'accertamento diagnostico. (F. N., di anni 23, studente di ingegneria, venuto all'osservazione dopo 20 giorni da che durava l'intumescenza, con modica adenia inguinale). Gli orli dell'orifìcio uretrale ispessiti, facilmente sanguinanti, formanti una specie di cercine rilevato sembravano sufficienti ad autorizzare la diagnosi, mentre invece con il decrescere dei fatti acuti blenorragici tutto ritornò nella norma, previo svuotamento degli ascessolini incistati ai bordi dell'orificio. Sono i casi nei quali l'edema prepuziale, una balanopostite, la mancanza di proprietà nel soggetto, l'intensità del processo gonococcico, manovre strumentali con cannule di vetro rotto, o con schizzetti non adatti possono determinare delle abrasioni, delle escoriazioni che successivamente possono infiltrarsi e simulare una localizzazione luetica primaria.

Altro processo ulcerativo che spesso può trarre in inganno è quello del frenulo. Una ulcerazione piccola, ovalare, apparsa ad uno dei lati del frenulo, anche quando sia esclusivamente dovuta a streptobacilli ha sempre tendenza ad infiltrarsi nel tessuto della base del frenulo e a perforare il setto. Si arriva così spesso ad una ulcerazione atipica, specialmente nei casi in cui il frenulo è stato reciso ad arte per meglio dominare il processo ulcerativo, con superficie granuleggiante, che facilmente sanguina, d'aspetto per lo più triangolare con l'apice verso l'alto; il ricordo della primitiva piccola escavazione può ancora indurre nella diagnosi di ulcera venerea — quale effettivamente può essere — mentre un esame microscopico accurato e l'insorgenza di manifestazioni secondarie possono svelare la natura luetica dell'affezione. Particolarmente difficile è la diagnosi negli individui nei quali la pelle del prepuzio ricuopre interamente il glande e non è reversibile: si palpano attraverso la cute uno o più nodi che con tutta verosimiglianza potranno essere delle lesioni primarie mentre dalla piccola apertura edematosa viene espulso un secreto denso, purisimile, puzzolento, talora del pus fetido per concomitante balanopostite: irrigazioni pazienti con soluzione borica o con acqua calda e quindi prelevamento del materiale con una spatoletta di platino scivolante tra la lamina interna del prepuzio e il glande pongono spesso in grado di precisare la diagnosi con il reperto microscopico.

In generale il sifiloma si percepisce attraverso i tessuti, rimboccando ove sia possibile la mucosa e la pelle prepuziali sovra l'infezione, come un corpo duro estraneo; ma tale carattere può essere assunto in determinate circostanze dall'ulcera venerea indurita per irrazionali trattamenti. Oppure — ed allora la diagnosi clinica è certa — il sifiloma si presenta come un minuscolo piattello concavo, rotondo od ovalare, con i bordi rialzati a guisa di cercine: come il suggello fatto con un timbro sulla ceralacca. La parte centrale può apparire pianeggiante, liscia, talora vi è un colorito un po' livido per la tensione a cui è sottoposta la mucosa; altra volta può facilmente sanguinare, se precedenti trattamenti la abbiano causticata; concomita l'adenopatia dura a nodi per lo più isolati, apprezzabili alla palpazione come i grani di un rosario.

*
* *

Quando usciamo dalla sfera genitale per considerare gli accidenti primari luetici delle altre regioni, l'apprezzamento dev'essere ancora più cauto.

Ricordo i casi più recenti di sifilomi extragenitali. In un sifiloma del labbro superiore la le

sione iniziale era addossata completamente al cul di sacco della mucosa gengivale così da non potersi osservare se non quando la paziente arrovesciava in alto con le dita il labbro: v'era la caratteristica impronta di suggello da ceralacca; la superficie era erosa e sanguinante; concomitava un modico ingrossamento dei gangli retroauricolari e cervicali di sinistra.

Altro sifiloma osservato trovavasi nel mezzo del labbro inferiore, sulla mucosa visibile, già quasi completamente cicatrizzato, apprezzabile solo come un rilievo sporgente dalla mucosa con gli orli più sollevati della superficie centrale, che era leggermente ombilicata: mi fu facile convincere la paziente — incontrata per caso — che si trattava di lue mostrandole la roseola da cui era affetta e facendole notare che la raucedine e la faringite di cui si lagnava erano dovute a placche mucose faringo-laringee. Il marito, venuto da me a protestare per la avanzata diagnosi, non presentava alcuna lesione visibile nè ai genitali nè altrove; scarsa micropoliadenia; oligoemia di alto grado e spiccato deperimento organico. La sieroreazione di Wassermann praticata ad entrambi i coniugi li convinse ad intraprendere adatte cure.

In un ufficiale, che per ragioni di servizio trovavasi distaccato con tre colleghi recentemente infettati di lues e non curati in un paese di alta montagna, osservai una ulcerazione al secondo spazio interdigitale della mano destra con adenia satellite dura ed indolente epitrocleare ed ascellare dello stesso lato. L'esame microscopico — che in tali casi riesce per lo più difficilmente — assodò l'esistenza del treponema specifico. Il p. ricordava di essersi graffiato con del ferro spinato.

Era pur difficile pensare ad un sifiloma osservando un signore che presentava alla radice del naso una ulcerazione a bordi pianeggianti di forma irregolare, sfrangiata, con granulazioni torpide, ribelle da oltre un mese a tutti i trattamenti. Egli escludeva qualsiasi contatto con donne da molto tempo; eppure v'era adenia preauricolare e sottomandibolare destra. È probabile che la lesione fosse dovuta a grattamento della radice del naso con unghia infetta. In tale caso ripetuti esami microscopici riuscirono negativi, mentre il corteo sintomatologico del periodo secondario non tardò a chiarire la natura dell'infezione.

Un macellaio, B. A., di anni 19, da Udine, si presenta il 20 luglio 1924 con una tipica roseola, placche mucose orali, cefalea, ecc. Nessuna traccia di sifiloma agli organi genitali. Esaminato attentamente il p., scopro la lesione primaria al lato interno del braccio destro, quasi in prossimità del cavo ascellare, sotto forma di un indurimento ovalare, arrossato, sollevato, in parte leggermente eroso, con in mezzo una piccola superficie intatta, riproducente *in toto* lo stampo di un morso ricevuto durante l'amplesso.

M. Amelia, di anni 23, da Bologna, coniugata da qualche tempo, viene un giorno all'Ambulatorio lamentandosi di non poter evacuare l'alvo per fortissimi dolori ano-rettali. Esaminata, le si trova un tipico sifiloma anulare ano-rettale costituente un vero cercine duro dolorosissimo che impediva alla donna la defecazione. V'erano già placche mucose vulvari e condilomi piani perineali. L'infezione era avvenuta a mezzo di rapporti illeciti con altra persona; il marito rimase contagiato in un secondo tempo dalle manifestazioni vulvari.

*
* *

Ho riportato questi casi di sifilomi atipici e di pseudosifilomi per dimostrare ancora una volta come l'esame clinico sia spesso insufficiente per una diagnosi certa di sifilide iniziale, e come convenga abbandonare le viete denominazioni di « ulcera dura » e « ulcera molle » per non ingenerare dubbi ed incertezze che aggravino una diagnosi spesso di per sè non facile. Il microscopio e l'ultra-microscopio sono di aiuto inestimabile, se non sempre, in moltissimi casi; così anche in quei casi nei quali sia necessaria una diagnosi differenziale, p. es., con l'angina di Plaut-Vincent. Per quanto ciò possa sembrare banale, anche le erosioni scavate sul glande dagli acari della scabbia possono trarre in inganno, specialmente se la escavazione sia unica e non riesca facile accertare la presenza di lesioni da acariasi sul restante del corpo.

Udine, 16 novembre 1926.

☛ *Pubblicazione di grande importanza:*

La Tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale

per cura di U. CARPI e G. RONZONI, in collaborazione di B. AGAZZI, G. ALLEVI, C. ARRIGONI, E. BERTARELLI, M. BERTOLINI, G. CASTIGLIONI, C. CATTANEO, C. GAMNA, C. GOZZI, L. MANGIAGALLI, F. MARCORA, F. MICHELI, A. MONTI, F. PERUSSIA, E. PICENI, V. RONCHETTI, P. RONDONI, E. RONZANI, G. SALVINI, A. VARISCO, E. VERATTI, A. ZIRONI.

Due volumi in nitidissima veste tipografica: il primo di pagg. XVI-539 con 135 figure in nero, a colori e in tricomia nel testo e tre tavole litografiche; il secondo di pagg. XVII-538 con 79 figure in nero e in tricomia nel testo. Prezzo complessivo dei due volumi L. **190, più le spese postali di spedizione.** Ai nostri abbonati i due volumi sono ceduti **franchi di porto,** per sole L. **170,** inviando questa somma mediante Vaglia Postale al Signor LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA per l'Ufficio postale Succursale diciotto.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Lo sviluppo e l'applicazione della colecistografia.

(S. MOORE. *Brit. Journal of Radiol.*, vol. XXXI, n. 313, 1926).

La vescicola biliare costituisce un punto d'attacco chirurgico per combattere la colecistite; ma bisogna contemporaneamente cercare di eliminare gli altri focolai d'infezione, specie del sistema portale, onde salvaguardare il fegato.

Il drenaggio o l'asportazione di una vescicola biliare infetta offre buoni resultati terapeutici anche quando coesiste infezione epatica, perchè il fegato, mercè l'abbondante irrigazione sanguigna, e il drenaggio attivo, supera con relativa facilità il processo infettivo, purchè non gli pervenga altro materiale settico.

Varie difficoltà si oppongono però al riconoscimento precoce di una colecistite, perchè i mezzi diagnostici di cui si dispone sono piuttosto infidi. I sintomi, la storia e l'esame fisico del paziente sono infatti spesso assai vaghi e possono generare confusione con altre malattie addominali.

Il metodo di Lyon di esame del contenuto duodenale darà resultati utili solo nel caso in cui l'infezione coinvolge la mucosa, trattandosi di un fatto morboso per lo più solamente interstiziale.

È stato quindi per la deficienza dei mezzi diagnostici che si pensò di mettere radiologicamente in evidenza la vescicola biliare, facendovi pervenire una sostanza opaca. Tale sistema ha in seguito permesso di studiare anche la funzionalità del fegato e il potere di concentrazione, la contrattilità e le altre proprietà vescicolari.

La sostanza opaca prescelta è rappresentata dai sali di sodio della fenolftaleina alogenata, e propriamente la tetrabromofenolftaleina. Il processo prese il nome di « Colecistografia ». Ma affinchè questa proceda con regola, conviene osservare alcuni particolari di tecnica. Così, ad esempio, durante il tempo in cui il colore viene escreto dal fegato, bisogna che non avvenga contemporaneamente la digestione gastrica.

Con la somministrazione endovenosa l'immagine appare dopo circa 4 ore, con quella orale dopo 12-15 ore, per raggiungere il massimo dell'intensità verso la 18ª ora. Perciò il cibo sarà somministrato dopo tali limiti. Una volta che il colore si è accumulato nella vescicola biliare, l'ingestione del cibo non lo farà più scomparire.

Altra precauzione d'indole tecnica sarà quella di non lasciar fuoruscire dalla vena nemmeno una goccia del liquido colorante, che riesce assai dannoso per i tessuti.

La funzione della vescicola, per quanto riguarda il comportamento dei sali usati nella colecistografia, può essere stabilita nei soggetti normali come segue: 1) agire come un serbatoio; 2) concentrare la bile ed il colore; 3) modificare la sua grandezza; 4) scaricare il suo contenuto. Considerando tali funzioni singolarmente, o nel loro complesso, si possono avere dei criteri funzionali utilissimi per la diagnosi. La somministrazione endovenosa, assicurando un'introduzione di quantità ben determinata di colore, è in tal senso più raccomandabile.

Se non apparisce nessuna ombra dopo il tempo stabilito, ciò potrà essere dovuto a varie cause: ad una insufficienza epatica; ad una ostruzione delle vie biliari; ad una deficienza concentratoria della bile riguardo alla sostanza colorante; ad un mancato assorbimento intestinale, in caso di somministrazione orale.

Se l'ombra è tarda ad apparire e costante di densità, si penserà ad una malattia della mucosa cistica o dei linfatici cistici, per cui la funzione concentrante della vescicola avviene male.

Se l'ombra appare rapidamente, è di grandezza uniforme, o troppo piccola, e scompare lentamente, è evidente un'infiltrazione della parete cistica.

Una fissità dell'ombra vescicolare indica aderenze pericolicistitiche di origine extracistica.

La visibilità di calcoli o di tumori non sarà molto frequente, ma talora riuscirà. Comunque, la colecistografia potrà servire per differenziare i calcoli epatici da quelli renali. Anche nei casi di « diatesi acolelitica », in cui si ha precipitazione di quantità di colesterina sufficiente a formare un calcolo di colesterina pura, asettico, potrà farsi la diagnosi per l'apparizione di un'ombra negativa.

L'A. ha usato il metodo in numerosi pazienti, e la diagnosi radiografica fu confermata dall'atto operatorio. A completamento della parte teorica, riporta nel suo lavoro un discreto numero di radiografie oltremodo istruttive.

In conclusione si può dire che la colecistografia rende possibile la diagnosi precoce e sicura della colecistite, la quale perciò può essere più rapidamente e meglio curata dal chirurgo.

M. FABERI.

La colecistografia col metodo perorale o intravenoso.

(K. PRESSER, *Wien. Klin. Woch.*, n. 25, 1926).

L'indagine radiologica della vescicola biliare, dopo riempimento con sostanze che danno ombre di contrasto, è oggi di attualità.

Il metodo intravenoso consiste nell'iniettare nel pomeriggio precedente al giorno della ricerca 4 gr. di tetrajodofenolftaleina, disciolti in 40 cmc. di acqua (dose per individuo di 70 kg. circa), seguita da altra iniezione di 10-20 cmc. di soluzione fisiologica, per evitare che la vena si trombizzi. Solo una piccola percentuale di soggetti accusa qualche disturbo (conati di vomito, cefalea, vertigini), che rapidamente scomparisce.

La somministrazione perorale, invece, consiste nell'ingestione di 10 capsule gelatinose contenenti gr. 0,5 ognuna di tetrabromofenolftaleina, accompagnata da un pasto, onde abbreviare la permanenza del medicamento nello stomaco. Anche tale metodo è innocuo.

La ricerca si compie 12 ore dopo l'iniezione, o 14 dopo l'ingestione di capsule, ripetendola eventualmente ad intervalli.

Affinchè possano apparire sulla lastra le ombre radiologiche è necessario: 1) che sia stata assorbita la sostanza colorante; 2) che sia avvenuta la sua eliminazione attraverso alle cellule epatiche; 3) che le vie biliari siano pervie; 4) che la mucosa della vescicola biliare sia normale. Se quest'ultima condizione non si verifica, accade che, essendo diminuito il potere riassorbente della mucosa nei riguardi della parte liquida, aumenta la diluizione del medicamento di contrasto, e l'ombra radiologica apparisce più tenue.

La colecistografia rappresenta quindi, per tale fatto, anche una prova funzionale della mucosa vescicolare.

Come pure la dimostrabilità di uno stato patologico della vescicola e delle vie biliari sarà connessa ad una funzionalità più o meno buona del fegato.

In condizioni normali la vescicola apparisce in due forme, a seconda che si tratti di soggetti ad « abito picnico » (ombre ovalari), o ad « abito astenico » (ombre piriformi).

Dopo circa 20 ore dall'introduzione del medicinale l'ombra, che era andata sempre più diminuendo, scomparisce del tutto. L'iniezione di preparati ipofisari, come pure un pasto normale, la fanno impiccolire sensibilmente.

Un sintoma patologico importante è rappresentato dalla non comparsa di ombre dopo 20 ore dall'introduzione del medicamento. Il valore di tale sintoma varia a seconda che si tratti di casi con ittero o senza ittero. Nel primo caso si penserà ad un'occlusione da calcolo o da neoplasma. Ma per potere escludere che non si tratti piuttosto di una lesione della cellula epatica, si dovrà ripetere la ricerca dopo scomparsa dell'ittero, perchè la riapparizione dell'ombra deporrà per una pregressa lesione della cellula epatica, mentre il reperto ancora negativo farà con grande probabilità diagnosticare una occlusione del cistico, con permeabilità delle altre vie biliari. Se poi riapparirà un'ombra, ma irregolare di forma, verosimilmente si sarà trattato di ittero meccanico transitorio, con presenza di concrementi nell'interno della vescicola. Nei casi senza ittero la diagnosi oscillerà egualmente tra una malattia del parenchima epatico, con conseguente difficoltà di eliminazione del colore, od un alterato riassorbimento di questo. Ed occorrerà allora che il radiologo si accordi anche col clinico, valorizzando altri sintomi morbosi. Ma potrà anche darsi che si tratti di un raggrinzamento della vescicola, o di un'occlusione del dotto cistico.

Altri fatti morbosi rilevabili con la colecistografia sono rappresentati dalle alterazioni di forma e di posizione della vescicola; dalla minore intensità delle ombre e dalla loro comparsa o scomparsa ritardata (apprezzabile specialmente col l'iniezione endovenosa). Come già si è detto, l'abnorme concentrazione della sostanza colorante è indice di alterato potere assorbente della mucosa vescicolare. Una persistenza di ombra può inoltre essere legata ad una deficiente contrattilità per adesioni o per alterazioni della parete.

Un ultimo vantaggio della colecistografia è infine quello di permettere la dimostrazione della presenza di calcoli in una percentuale di casi molto più alta che con la semplice radiografia della regione epatica.

Nessuna controindicazione sembra esistere al metodo, ed il valore pratico della somministrazione perorale si eguaglia, salvo rare eccezioni, a quello della somministrazione endovenosa.

M. FABERI.

GRANDI SIEROSE.

Indicazioni, risultati e tecniche degli oleotoraci nelle tubercolosi polmonari e pleuriche.

(G. KUSS. *Archives méd. chir. de l'appareil respiratoire*, 1926, n. 3).

Il nome di oleotorace deve essere riservato al riempimento della cavità pleurica con un olio antisettico (Bernou, 1921): l'oleotorace permette di lottare energicamente contro le infezioni pleuriche non solo perchè apporta nella pleura una quantità notevole di antisettici, ma sovratutto perchè rimpiazza la maggior parte dell'essudato con un liquido oleoso ben tollerato, di lento assorbimento, a contatto con tutta l'estensione della superficie pleurica. A ciò si aggiunga l'azione meccanica compressiva.

Per quanto riguarda le indicazioni nei versamenti pleurici bacillari senza infezione seconda-

rio, lasciamo da parte le banali pleuriti siero fibrinose acute nelle quali abbiamo tutto l'interesse a lasciar spontaneo il riassorbimento, la creazione di un oleotorace è indicata nelle pleuriti del pneumotorace artificiale e nelle pleuriti bacillari di lunga durata, a causa delle febbricole persistenti, dell'azione cachettizzante, della riproduzione del liquido dopo la puntura delle facili sinfisi pleuriche, della formazione di lesioni tubercolari corticali; queste e non la sola presenza dell'essudato indicano l'oleotorace. È notevole la trasformazione dello stato generale del malato dopo la sostituzione dell'essudato con l'olio. Ma poichè talora un intervento può determinare una risvegliata attività infiammatoria della pleura occorre che lo studio dell'applicazione proceda caso per caso, e nei malati con pleura sensibile, ci accontenteremo di sostituire quantità poco considerevoli di liquido con equivalente dose di olio, di tanto in tanto; nei soggetti con idro o piopneumotorace, minacciati, della decompressione progressiva del moncone polmonare collassato, si rimpiazzerà il gas e non il liquido con l'olio, poi il liquido, sorvegliando l'andamento del malato: la radioscopia ci ragguaglia perfettamente sulle rispettive quantità di gas, liquido, olio. Nelle pleuriti da pneumotorace artificiale o spontaneo, nelle quali nessuna tendenza vi è al riassorbimento, conviene in una sola seduta svuotare il liquido ed iniettare altrettanto olio: si eviterà così in gran parte l'ispessimento graduale della pleura con l'inevitabile infiltrazione di tubercoli, il rischio del dispiegamento insidioso del polmone, l'accumulo pericoloso di detriti in sospensione nel fondo del versamento.

L'oleotorace è decisivo quando i liquidi pleurici bacillari o non, continuano dopo la fase acuta iniziale, ad essere l'origine di fenomeni tossinfettivi, ovvero quando si riproducono rapidamente dopo l'evacuazione; se l'essudato è in una fase di facile riformazione, si ricorrerà meglio, all'oleopneumotorace.

Nei versamenti pleurici bacillari secondariamente infettati, l'oleotorace può esercitare una efficace azione disinfettante, facendoci evitare la pleurotomia. Però bisogna notare che lo strato pleurico sottostante all'oleo immesso in cavità può andare incontro lo stesso ad infezione secondaria: l'olio non lo protegge dai germi.

Ma l'oleotorace è la risorsa importante per lottare contro i processi sinfisari ad evoluzione progressiva, generalmente consecutivi ad un versamento pleurico e che portano a poco a poco alla retrazione ed all'obliterazione di un pneumotorace. Come meccanismo d'azione in tal caso l'oleotorace agisce meccanicamente mantenendo il collasso polmonare e la persistenza del divaricamento dei foglietti pleurici molto meglio che con il liquido pleurico. In disaccordo col Bernou, l'A. stima che per ottenere qualche risultato bisogna raggiungere delle pressioni positive di 5-30 cmc. d'olio, ben attenti che non si abbia uno spostamento troppo grande del mediastino. Per le stesse ragioni l'oleotorace permette di ottenere il collasso dei focolai polmonari che resistono all'azione delle pressioni gassose, legato questo fatto o ad un processo sinfisario in evoluzione, o all'esistenza di precedenti aderenze. Sono stati anche descritti casi di perforazioni polmonari seguiti da fistole pleuropolmonari nelle quali l'oleotorace ha dato brillanti risultati, dando luogo alla chiusura della fistola: è incontestabile che un oleotorace antisettico non riassorbibile è molto più vantaggioso per il malato che un essudato siero-purulento o purulento. Bernou ha risoluto in senso negativo la questione della possibilità di sopprimere la servitù del continuo rifornimento in un Forlanini, salvo però nei pneumotoraci parziali a pareti ispessite, con forti pressioni, frequentemente ripetute: l'oleotorace assicura la permanenza dell'azione terapeutica con scarse iniezioni di olio molto distanziate.

Per quanto riguarda la tecnica, gli oleotoraci possono formarsi sia con gli olii vegetali, sia con l'olio di paraffina, puri, rigorosamente neutri, praticamente anidri ad alta viscosità, aggiungendo ad essi un antisettico quale il gomenolo, di debole tossicità, di minima causticità, di notevole potere battericida, al 2, 3, 4, 8 %. Essendo l'olio gomenolato molto vischioso, la tecnica dell'introduzione deve essere accurata in tutti i particolari, alla lunghezza dell'ago, al suo diametro, spessore, usando la pressione propulsiva di una atmosfera, riscaldando l'olio a 40° nel momento dell'uso, sorvegliando continuamente la pressione pleurica.

È bene nei pneumotoraci senza liquido preparare la pleura a ricevere l'olio, introducendo dapprima scarse quantità di olio (40-50 cmc.). Ad oleotorace ottenuto ci si limita a rinnovare le quantità di olio riassorbite lentamente.

Come accidenti sono stati notati: i paraffinomi, per l'introduzione dell'olio di paraffina nel sottocutaneo; le reazioni infiammatorie della pleura dovute all'azione irritante del gomenolo in alcuni casi (reazione febbrile, essudato emorragico); lo stiramento delle aderenze; la penetrazione dell'olio gomenolato nel polmone; l'intolleranza per il gomenolo con tosse irritativa persistente, penose nausee, vomito, malessere per l'eliminazione incessante di olio gomenolato attraverso i bronchi.

MONTELEONE.

Osservazioni sulla diagnostica degli ascessi subfrenici.

(R. DEXTER. *The Am. Journ. of the Med. Sciences*, dicembre 1925).

Anatomicamente lo spazio sottodiaframmatico può essere diviso in 6 aree: 1) gli spazi extraperitoneali destro e sinistro; 2) gli spazi intraperitoneali anteriore e posteriore destri; 3) gli spazi intraperitoneali anteriore e posteriore sinistri. Dallo studio dell'anatomia della regione l'A dimostra come molto facilmente processi infettivi insorti in visceri intra- o retroperitoneali possono diffondersi a uno dei 6 spazi sottodiaframmatici e poi da uno all'altro di questi spazi.

La più comune origine degli ascessi è rappresentata dall'appendicite e dalle ulcere gastro-duodenali perforate. Come cause meno frequenti: gli ascessi epatici, le colecistiti, le suppurazioni del rene, della milza o del pancreas. Lee ha riferito di 4 casi nei quali l'ascesso sottodiaframmatico era apparentemente spontaneo. L'infezione può diffondersi direttamente, per il circolo sanguigno o per i linfatici. Esistono duplici connessioni linfatiche fra gli spazi subfrenici e i visceri addominali:

1) il tessuto cellulare retroperitoneale;

2) intorno all'arteria epigastrica profonda al legamento falciforme del fegato.

Gli spazi sottofrenici sono inoltre connessi col plesso linfatico sottopleurico attraverso il diaframma, ma i processi patologici per lo più si diffondono dal basso verso l'alto.

L'inizio della malattia è per lo più insidioso e segue a uno stadio acuto dovuto alla flogosi o alla perforazione dell'organo che l'ha prodotta. Si calcola che nell'1 % delle appendiciti complicate da formazione di ascesso si abbia la diffusione verso il diaframma. Si ha febbre a tipo suppurativo, dolore locale e riferito al collo o alla spalla. L'A. non ha mai notato il singhiozzo, spesso il vomito. Il malato si cachetizza rapidamente. Si ha in seguito un empiema. Si può avere una infiltrazione anche del parenchima polmonare. L'ascesso si può aprire in un bronco o in un viscere cavo dell'addome.

Si ha sempre una limitazione nei movimenti dell'emitorace malato tanto maggiore quanto più il diaframma è sollevato nel torace. La diminuzione del movimento all'esterno del margine costale è dovuta secondo l'A., naturalmente mancando qualsiasi reazione da parte della pleura, all'aderenza del fegato al margine costale.

Questo si ha sempre negli ascessi dello spazio anteriore destro che sono i più frequenti. Poichè negli altri casi quanto più il diaframma risale nel torace tanto più si trova in posizione vantaggiosa per esercitare la sua trazione sul margine costale, in questi il movimento del margine costale all'esterno è aumentato. La presenza di una tumefazione e il dolore alla palpazione sono altri segni importanti. C'è riduzione di suono o timpanismo sulla base dell'emitorace a seconda che nell'ascesso ci sia o meno del gas. L'A. in un caso ha potuto sentire in un ascesso sinistro un rumore di guazzamento sincrono coi battiti del cuore. Questo non viene mai spostato in lateralità negli ascessi subfrenici. È questo un segno importante che serve a distinguerli dai versamenti pleurici. Per le aderenze del fegato già dette, la mancanza dell'abbassamento di questo non è un segno del quale va tenuto gran conto.

D'importanza fondamentale è l'esame radioscopico e grafico stando il malato in piedi. Si vede il diaframma distaccato dal fegato sollevato ed immobile.

Riporta 6 casi osservati nell'ospedale St.-Alexis di Cleveland. Tutti furono operati prima che fossero intervenute complicanze da parte del torace e due morirono.

M. ASCOLI.

SANGUE.

La patogenesi della emogenia.

(P. EMILE-WEIL e P. ISCH-WALL. *Revue de Médecine*, 1926, n. 1).

P. Emile-Weil chiama col nome di emogenia quella particolare diatesi emorragica che si manifesta con emorragie capillari cutanee e mucose, prolungamento del tempo di emorragia, normale essendo il tempo di coagulazione, irretrattilità del coagulo, assenza o grande diminuzione delle piastrine.

Lo studio della patogenesi dell'emogenia comporta tre ordini di ricerche. Un primo ordine riguarda il meccanismo delle emorragie, un secondo la ricerca della causa delle modificazioni sanguigne e vascolari che determinano tale sintomo; un terzo il *primum movens* di tutto l'insieme degli elementi che spiegano la sindrome.

La constatazione della considerevole diminuzione delle piastrine, che accompagna le emorragie degli emogenici, ha fatto concepire una teoria unilaterale del meccanismo delle emorragie, che vede nella piastrinopenia il fattore determinante unico di tutta la sindrome. Questa concezione, che si appoggia su argomenti clinici e sperimentali di valore indubbio, se contiene una parte di verità, non rende però conto di uno dei fatti più notevoli delle emorragie emogeniche, cioè della spontaneità della loro apparizione. D'altra parte, tutta una serie di ricerche stanno a provare che

la trombopenia, per sè sola, non è sufficiente a determinare l'emorragia, mentre mettono in evidenza l'importanza di fattori angio-plasmatici, non ancora perfettamente ben definibili, che senza dubbio entrano in gioco nel meccanismo delle emorragie. Interessanti sono, a tale riguardo, le ricerche di J. Roskam, il quale ha dimostrato che la sola trombopenia e la sola incoagulabilità sono insufficienti a spiegare il prolungamento del tempo di emorragia. Il Bedson, esperimentando con siero antipiastrinico, ha messo in evidenza che una diminuzione progressiva del numero delle piastrine nel sangue circolante del coniglio non produce un accrescimento della porpora. Nel coniglio, iniettando dosi crescenti di siero, è possibile ottenere successivamente ed a volontà una diminuzione delle piastrine senza porpora, la scomparsa delle piastrine senza porpora ed in fine la scomparsa delle piastrine con porpora. Il Bedson spiega i fatti da lui osservati nel modo seguente: le prime dosi di anticorpi del siero antipiastrinico sono fissate specificamente dagli ematoblasti; questi possono, con una dose determinata, sparire completamente dalla circolazione, ma se non vi è un eccesso di siero non si produce la porpora; quando un eccesso di siero non può essere fissato dalle piastrine, esso lede l'endotelio dei vasi e la porpora appare. Questa esperienza dimostra bene l'importanza dei due fattori indispensabili per la produzione sperimentale della porpora emorragica.

Clinicamente poi sono state constatate nell'uomo delle trombopenie molto spiccate con debole aumento del tempo di emorragia e, per contro, delle forti emorragie con tasso di ematoblasti poco diminuito. Il Glauzmann, per spiegare questo secondo ordine di fatti, ha avanzato l'ipotesi della tromboastenia, ammettendo che gli ematoblasti, numericamente normali, possano non esserlo qualitativamente, ma alle esperienze di Glauzmann altre se ne oppongono, che negano ogni segno di alterazione fisiologica delle piastrine.

L'insieme dei fatti dimostra dunque che ogni teoria unilaterale, puramente ematoblastica, delle porpore emorragiche, è insufficiente. Bisogna ammettere che concorrano alterazioni plasmatich ed endoteliali. Le une spiegano la loro influenza sulla formazione del coagulo, le altre rendono possibili le emorragie spontanee. L'esistenza di un fattore endoteliale, per il quale parlano la prova del laccio e le formazioni angiomatose frequenti negli emogenici, è indubbia ed è messa in evidenza dal fatto seguente: negli emogenici il tempo di emorragia, preso nello stesso tempo in due punti diversi, può dare delle cifre estremamente differenti.

Poichè la trombopenia e la tromboastenia sono state considerate da numerosi autori come le cause efficienti delle emorragie, le teorie proposte da tali autori per spiegare il meccanismo patogenetico della sindrome cercano solo di spiegare la rarefazione o l'alterazione degli ematoblasti. Il Frank pensa ad un difetto nella formazione delle piastrine, che egli ammette formate a spese dei megacariociti del midollo. Secondo il Frank, la porpora emorragica o, com'egli la chiama, la trombocitopenia essenziale, è l'impotenza isolata dei megacariociti a ben formare le piastrine, impotenza dovuta ad endotossine di origine intestinale o di origine splenica, per cui si originano piastrine anormali, che vengono ritenute e distrutte dalla milza.

Kaznelson sostiene invece una teoria splenica pura, secondo la quale la milza avrebbe una funzione trombocitolitica, alla esagerazione della quale sarebbe dovuta la produzione della porpora emorragica.

Ma tanto il Kaznelson che il Frank non hanno considerato che un solo lato del problema fisiopatologico ed hanno trascurato la clinica, la quale dimostra, nel corso dell'affezione, la presenza di altri sintomi ed, in particolare, di tare vascolari concomitanti, come non hanno considerato il terreno particolare sul quale la sindrome si sviluppa. Lo studio dello insieme dei fatti clinici dimostra la parte importante che ha il fegato nella patogenesi dell'emogenia. Gli AA. credono ad un ruolo primordiale del fegato, ad un turbamento di una funzione specialissima di quest'organo, la funzione sanguiformatrice. L'alterazione di tale funzione origina una sindrome, che gli AA. hanno chiamato sindrome emocrasica dell'insufficienza epatica, sindrome che può riprodurre clinicamente ed anatomicamente, fino alla identità, l'emogenia, discrasia costituzionale. Ma per spiegare le lesioni molto complesse endotelio-ematoblasto-plasmatiche dell'emogenia, tale fattore epatico, per quanto dominante, non può essere ritenuto il solo. Bisogna pensare all'intervento contemporaneo di tutti gli organi sanguificatori, che si influenzano fra loro e sono a loro volta influenzati dalle ghiandole a secrezione interna. Teoria polighiandolare dunque, secondo la quale l'emogenia può essere definita come una diatesi angioematica, acquisita o ereditaria, determinata da tare funzionali dell'insieme del sistema ematopoietico (fegato, milza, midollo), fra le quali le modificazioni epatiche meritano un posto dominante. La tara epatica riguarda in modo speciale il fegato ematopoietico, che regola essenzialmente la costituzione della crasi plasmatica del sangue.

Quale la causa prima dell'emogenia? La clinica non può ancora rispondere a questa domanda in modo definitivo, ma è verosimile l'influenza delle infezioni croniche, come la tubercolosi e la sifilide, specie la sifilide ereditaria. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

PIO FOÀ. *Trattato di Anatomia Patologica.* Unione tipografico-torinese.

Questo trattato rappresenta un nobile tentativo di emancipare la scuola italiana dall'estero. Il compianto Maestro, con la grande fede che metteva in ogni sua opera e con il senso artistico che distingueva il suo spirito, ha intrapreso il grave compito di preparare il trattato italiano di anatomia patologica, ottenendo la cooperazione dei migliori nostri studiosi.

Abbiamo a suo tempo dato notizia dei fascicoli prima usciti; vogliamo ricordare i fascicoli pubblicati negli ultimi anni. Ognuno di essi tratta un grande capitolo della materia ed è scritto da un professore versato in argomento.

L'opera è stata magistralmente divisa in due parti: una parte generale, che comprende l'etiologia dei processi patologici, la loro genesi ed evoluzione; una parte speciale che riferisce i processi morbosi a carico dei singoli apparecchi ed organi.

I fascicoli della parte speciale sono seguìti a breve intervallo l'uno dall'altro; quello recentemente apparso completa l'esame delle lesioni del *Sistema nervoso*, trattando del midollo spinale, dei nervi periferici e del simpatico. Il Guizzetti ha, con i due fascicoli sul sistema nervoso, esposto con chiarezza e completezza, e sopratutto in base ad esperienza personale, quanto è noto sull'argomento.

Più numerosi sono i fascicoli ora pubblicati che trattano argomenti di patologia generale. Nel primo, dopo una brillante *introduzione* del prof. Foà, è ampiamente e profondamente trattata la *patologia della cellula* per opera del Trambusti. Nel secondo fascicolo il prof. Veratti ha svolto con larghi criteri e con sagace critica il difficile argomento della *Infiammazione*. Gli altri due fascicoli di recente comparsi sono opera l'uno dei proff. D. Ottolenghi (che riassume con chiarezza l'azione patogena dei microparassiti vegetali) e Belfanti (che espone, con la riconosciuta competenza, le attuali dottrine dell'immunità), l'altro del prof. Cevidalli che considera i veleni come fattori di malattia in una sintesi efficace.

Chi contempli nella sua interezza il piano dell'opera tracciato dal Foà e consideri come per ciascun argomento egli avesse trovato collaboratori capaci è colpito dalla soddisfazione della scientifica organicità onde il trattato fu preordinato e dall'armonica corrispondenza per estensione di materia e per capacità con cui fu redatto.

L'Unione tipografico-editrice ha fatto onore alla sua tradizione di coraggio nell'intraprendere pubblicazioni di grande mole, e di abilità, dando un'edizione corretta insieme ed elegante ai singoli fascicoli ed ornandoli di figure per la massima parte originali.

Una cosa sola è da osservare, che questo magistrale trattato italiano di anatomia patologica, il quale comprende ormai gran parte della materia, proceda un po' a rilento nella successiva pubblicazione dei fascicoli. E noi formuliamo l'augurio che il prof. Vanzetti, degno allievo del Foà e a lui succeduto nella cattedra e nella direzione di quest'opera insigne, trovi la energia per dare corso ai pochi fascicoli che mancano per completarla. Di ciò gli saranno grati tutti gli studiosi italiani, amanti della patria.

V. ASCOLI.

TOURNAY A. *Neurologie.* G. Doin, édit., Paris, 1926.

È un nuovo manualetto che si aggiunge alla collezione « Les consultations journalières ».

Seguendo il sistema voluto dall'editore per i numerosi altri volumi che finora furono pubblicati nella stessa collezione, sono state in *Neurologie* schematizzate le nozioni di uso corrente nella terapia delle malattie dell'asse cerebro-spinale.

Dopo un accenno alla condotta da tenersi nell'esame ed, in linea generale, nella cura delle affezioni in discorso, sono esposti prima i consigli terapeutici propri per le grandi sindromi nervose (dolore, ipertensione, ipotensione intracranica, ecc.), poi quanto riguarda partitamente le singole malattie organiche e funzionali. In ciascun paragrafo, sobrie nozioni cliniche precedono le indicazioni patogenetiche cui fanno ampio seguito le decisioni terapeutiche specifiche, o sintomatiche.

MONTELEONE.

PASCAL et DAVESNE. *Traitement des maladies mentales par les chocs.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. Sviz. 3.

In questo piccolo volume gli AA. studiano le reazioni della mentalità morbosa alla febbre artificiale provocata dall'introduzione nell'organismo di albumine eterogenee e di cristalloidi.

Lo choc terapeutico poggia su una legge di dinamismo biopsichico: il doppio ritmo della sensibilizzazione e della desensibilizzazione.

Il lavoro si divide in due parti. Nella prima v'è l'esposizione della crisi emoclasica emotiva e delle manifestazioni anafilattiche mentali. Le sindromi costituzionali, le psicosi affettive non sono malattie, ma reazioni e conseguenze di chocs.

Nella seconda parte sono descritti i diversi metodi di trattamento a mezzi di chocs emotivi, proteinoterapia spontanea (infezioni, traumatismi, ecc.), proteinoterapia provocata (ascessi di fissazione, tubercolina, latte, vaccini, estratti glandolari, ecc.).

DR.

BOUYER et MARTIN-SISTEROU. *L'Hygiène mentale et nerveuse individuelle.* Editore Maloine, Parigi. Prezzo Fr. 20.

L'igiene mentale è un argomento che va assumendo grande importanza. Sembrerebbe a prima vista che essa debba confondersi con la scienza dell'educazione; essa in effetti è qualche cosa di più perchè vi prepondera l'elemento biologico e patologico.

Il lavoro di Bouyer e Martin-Sisterou è un buon contributo a questo movimento che deve interessare non soltanto i medici, ma anche e più ancora educatori, politici, sociologi. Bene hanno fatto pertanto gli AA. a scriverlo in forma piana ed accessibile anche ai profani di medicina.

DR.

A. SÉZARY. *La Syphilis Nerveuse.* Ed. Masson e C., Parigi. Prezzo Fr. Sviz. 4.

L'A. tratta l'etiologia e la patogenesi delle varie forme di sifilide nervosa: paralisi progressiva e tabe, sifilide nervosa arteriosa e meningea. Un capitolo è dedicato alla sifilide multiloculare diffusa ed ai rapporti tra sclerosi a placche e sifilide. In un altro capitolo è dettagliatamente esposto il contegno delle reazioni biologiche del liquido cefalo-rachidiano e del sangue nelle varie tappe della paralisi progressiva.

Ampiamente trattata è la profilassi e la terapia della neuro-sifilide, alla quale ultima ha dedicato tre capitoli.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

La V Conferenza dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi.

(Continuazione e fine. Vedi preced. fasc. 1 e 2).

Latte e tubercolosi.

(Relazione del dott. WILLIAM H. PARK, Direttore dei Laboratori scientifici della Sanità in New York e Professore d'igiene e batteriologia alla Università di « Bellevue Hospital » in New York).

L'infezione umana da bacillo tubercolare bovino da più fattori quali il bestiame, la quantità di latte di vacca consumato dai poppanti e dai bambini e la temperatura alla quale il latte viene sottoposto. Il solo modo per determinare con precisione se un individuo è contaminato dalla tubercolosi di tipo bovino è di isolare il bacillo in una cultura di pus e di esaminare le sue caratteristiche in mezzi differenzianti i due tipi, e, se è possibile, fare delle inoculazioni in conigli. Il fatto che in un caso isolato il microbo bovino si trasformi nell'umano, non è probativo.

Io personalmente, non lo credo possibile. L'impiego semiannuale del reattivo tubercolinico, per mezzo dei metodi sottocutaneo, intradermale, ed oftalmico, permette di eliminare la tubercolosi in un gregge o nel bestiame di una regione. I greggi possono essere nuovamente infettati dal contatto di nuovi greggi colpiti o dal sopraggiungere nel gregge di animali colpiti. Il riscaldamento o la pasteurizzazione del latte riduce sensibilmente in una comunità, l'infezione bovina. Così pure se il burro è pasteurizzato l'infezione bovina è per così dire eliminata. Il latte di vacca, colpito da tubercolosi, dovrebbe essere bollito prima di somministrarlo ai vitelli.

Benchè un numero considerevole di bambini tubercolotici di una comunità ove si consuma latte crudo di vacche tubercolosi, abbiano una tubercolosi del tipo bovino, non si può stabilire se il numero totale di tubercolosi nella comunità, venga aumentato e sopratutto se venga aumentata la mortalità. Molti di quelli che sono colpiti dalla tubercolosi del tipo bovino avrebbero potuto essere immunizzati contro la tubercolosi umana.

Le statistiche concernenti questi fatti non mostrano differenze evidenti. Pure bisogna cercare di distruggere la tubercolosi del tipo bovino. Il complesso delle tubercolosi, tipo bovino, è andato notevolmente diminuendo in confronto a quella umana, specie nelle città ove si pratica la pasteurizzazione. La temperatura raccomandata per la pasteurizzazione commerciale e la durata di esposizione è al minimo quella di 142 gradi Fahrenheit (61 centigradi).

Progresso ed organizzazione per combattere la tubercolosi negli Stati Uniti.

(Relazione del dott. LINSLY R. WILLIAMS, Direttore dell'Associazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi in America).

Dopo una introduzione nella quale descrive brevemente gli sforzi compiuti negli Stati Uniti, per un miglioramento morale e sociale durante gli ultimi cinquant'anni, l'O. riassume brevemente la storia dell'Associazione nazionale per la tubercolosi e gli sforzi compiuti. Prima del 1904 gli sforzi fatti per eliminare la tubercolosi partivano isolatamente dalle varie città, ma già numerosi servizi sanitari si erano messi all'opera alacremente. Il lavoro compiuto dal servizio sanitario di New York City, descritto da Hermann M. Biggs al Congresso internazionale della tubercolosi a Londra nel 1901, fu una rivelazione per molti presenti. I progressi realizzati durante gli anni precedenti al Congresso erano i seguenti: denuncia dei casi di tubercolosi; preparazione di sale ospedaliere specializzate; fondazione di padiglioni o di ospedali per tubercolotici; costruzione di un laboratorio municipale; analisi gratuite dell'espettorato nel laboratorio.

Nel 1906 l'Associazione nazionale per la tuber-

stein (Vienna), dott. Selter (Germania), dott. Lewis (America), dott. Long (Chicago), dott. Neufeld (Germania), dott. Eichelberg (Germania), dott. Opie (Philadelphia), dott. Archibald (Canadà), dott. Jacobaeus (Stoccolma), dott. Jaquerod (Svizzera), dott. Leon Bernard (Francia), dott. Rosencrantz (S. Francisco), dott. Matson (Oregon), dott. Roatta (Firenze), dott. Cepulic (Zagabrià), dott. Miss Alta Dines e Miss Annie W. Goodrich, ecc.

Dopo il Congresso molti partecipanti hanno visitato le varie città e le numerose istituzioni antitubercolari organizzate nei vari Stati della potente Confederazione Nord-Americana.

Dott. FEDERIGO BOCCHETTI.
Direttore del Sanatorio Militare di Anzio.

XVII Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

(*Continuazione e fine, vedi preced. fasc. 2*).

Comunicazioni.

ANZILOTTI G. (Livorno). — *Osservazioni sulla cura delle fratture articolari.* — È favorevole all'intervento cruento eseguito da mani abili e in ambiente adatto. Crede che l'intervento si imponga nelle fratture tibio-tarsiche con frammenti marginali.

Crede opportuno l'intervento nella frattura di gomito solo nel caso di interposizione dei frammenti. Ha ottenuto buoni risultati col metodo incruento in casi assai gravi di fratture dell'estremo superiore della tibia.

CACCIA E. (Roma). — *Le fratture articolari osservate e curate durante un anno nell'Ospedale Militare di Roma.* — Riferisce su circa 30 casi di fratture articolari curate nell'Ospedale Militare di Roma.

Nei casi con buona posizione dei frammenti applicò un apparecchio amovibile, incominciando subito la massoterapia e la mobilizzazione.

Nei casi con sensibile spostamento riduzione in anestesia locale o generale. Nei casi irriducibili e nei quali fu previsto cattivo esito funzionale, intervento cruento.

Risultati funzionali sempre buoni.

BARGELLINI D. (Torino). — *Considerazioni sulle fratture articolari nell'arto superiore.* — Riferisce su vari casi di fratture articolari recenti e di esiti di fratture articolari di spalla, gomito e polso trattate incruentemente e cruentemente. Riporta il risultato anatomico e funzionale.

ZANOLI R. (Bologna). — *Le fratture dell'epifisi superiore dell'omero.* — Presenta una statistica di 165 casi di fratture di spalla curate all'Istituto Ortopedico Rizzoli. Su 72 malati si sono complessivamente avuti 39 risultati ottimi, 25 buoni, 6 mediocri, 4 cattivi.

SPITZY H. (Vienna). — *Fratture del gomito.* — Dopo di aver portato un saluto all'Ortopedia Italiana parla delle fratture del gomito: ritiene essenziale la riduzione sotto il controllo dei raggi X. Nel trattamento cruento al materiale metallico di osteosintesi preferisce gli aghi fissatori del Vulliet. In caso di frattura parcellare si preoccupa soltanto del ristabilimento della funzione, fissando alternativamente il braccio in flessione e in estensione per 2-3 settimane.

Circa gli esiti di fratture ricorda l'opportunità di adatte osteotomie per la correzione del cubito valgo o varo. Nei casi di rigidità del gomito, se essa non è determinata da ostacoli ossei, l'O. si giova del trattamento meccanico, in caso di saldamento osseo ricorre alla mobilizzazione cruenta.

LUSSANA S. (Ivrea). — *La cura delle fratture sopracondiloidee del gomito nella infanzia.* — Premesso che la cura debba essere di regola incruenta, espone alcuni dettagli di tecnica della riduzione incruenta, che gli hanno permesso di ottenere in sette casi risultati anatomici e funzionali ottimi.

CAMURATI M. (Bologna). — *Le fratture del gomito.* — Riferisce su 328 casi trattati all'Istituto Ortopedico Rizzoli. Conclude che i risultati ottenuti con il trattamento incruento, seguito dal trattamento kinesiterapico, sono proporzionalmente migliori dei risultati che si ottengono con trattamento cruento.

VIRGILIO F. (Napoli). — *Frattura comminuta del gomito trattata con l'osteosintesi.* — Operazione in undicesima giornata. Mobilizzazione precoce. Dopo 14 mesi dall'intervento risultato anatomico pressochè perfetto, risultato funzionale molto buono.

SOLDI A. (Bologna). — *Le fratture del polso.* — Presenta una statistica di 186 casi curati all'Istituto Ortopedico Rizzoli. Il controllo degli esiti lontani, in 95 ammalati ha permesso di constatare i seguenti risultati: ottimi nel 27,36 % dei casi, buoni nel 38,94 %, discreti nel 28,47 %, cattivi nel 3,15 %.

CIACCIA S. (Venezia). — *A proposito della diagnosi di frattura del collo del femore.* — Presenta sei casi di frattura transcervicale studiati anche radiograficamente, nei quali la diagnosi clinica era assolutamente impossibile per la mancanza di tutti i sintomi; in uno di essi anche la radiografia non rischiarò la diagnosi.

Mette in evidenza la necessità di tenere il paziente in osservazione, tenendo conto della persistenza del dolore locale.

DUSI E. (Bologna) — *Le fratture del collo del femore.* — Presenta una statistica relativamente a 242 casi di frattura di collo del femore osservati nell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Trattamento incruento nel maggior numero dei casi (immobilizzazione in apparecchio gessato dopo abduzione, rotazione interna e trazione).

Fu eseguito il trattamento cruento in 38 casi, particolarmente in fratture sotto-capitate e transcervicali, preferendo l'incavigliamento con stecca di osso di bue animata con vite metallica.

Risultati in 136 casi controllati a distanza: 39 ottimi, 36 buoni, 36 discreti, 25 cattivi.

MANFREDI M. — Descrive un interessante caso di frattura cotiloidea e lussazione pelvica della testa femorale.

PELLEGRINI A. (Chiari). — *Ossificazioni traumatiche condiloidee e paracondiloidee interne del ginocchio.* — Rivendica la priorità della descrizione clinica e anatomopatologica e dell'interpretazione patogenetica della cosidetta malattia di Stieda.

Dimostra che è inesatto descrivere sotto la denominazione di « frattura di Stieda » come fa la maggior parte degli AA. tutte le ossificazioni traumatiche condiloidee e paracondiloidee interne del ginocchio; sostiene che non è dimostrabile la frattura del condilo che indistintamente fu ammessa da Stieda.

Porta il contributo di due nuovi casi.

BORGHI M. (Milano). — *Contributo allo studio degli esiti lontani delle fratture intraarticolari dell'epifisi superiore della tibia.* — Si dichiara in generale fautore convinto del trattamento incruento. Riferisce su 13 casi. In 10 di essi ha potuto seguire il decorso fino all'esito definitivo.

Trattamento sempre incruento, informato al criterio di una rigorosa immobilizzazione di lunga durata e della successiva mobilizzazione graduale attraverso l'applicazione di ginocchiere ortopediche articolate, associata a prudenti e continuate cure meccanoterapiche e fisioterapiche. È decisamente contrario alla mobilizzazione precoce. In tre casi, mobilizzati precocemente comparvero tali disturbi che si dovette ricorrere all'applicazione di apparecchi gessati con vantaggio del resto evidente.

A sostegno del suddetto indirizzo terapeutico, l'O. adduce le seguenti ragioni:

1) la lenta evoluzione del callo osseo delle fratture dell'estremo superiore della tibia;

2) la persistenza di dolori a carico dell'articolazione del ginocchio e di edemi della gamba e dei tessuti peri- e para-articolari, che rendono difficile il ripristino funzionale dell'articolazione colpita, ripristino che si stabilisce in modo rapido dopo la guarigione anatomica completa della frattura;

3) la persistenza prolungata di movimenti di lateralità nella articolazione del ginocchio, i quali scompaiono o si riducono con l'uso continuato a lungo di una ginocchiera ortopedica a stecche laterali articolate nel senso della flesso-estensione.

VENEZIAN E. (Roma). — *Di un particolare tipo di frattura articolare del capitello tibiale.* — A proposito di un caso di frattura della fossetta prespinale, osservato nella Clinica Ortopedica di Roma, nel quale il prof. Dalla Vedova praticò per via extraarticolare la sintesi del frammento, e sulla scorta di 67 casi raccolti nella letteratura, l'O. ricorda le fratture della spina tibiale e delle superfici rugose poste all'innanzi e all'indietro di essa. Si tratta di lesioni rare a patogenesi non ben chiara, giacchè, se in molti casi è imputabile la trazione esercitata dalle fibre di un crociato, non sono da escludere altri meccanismi patogenetici diretti o indiretti.

L'O., dopo avere illustrato l'anatomia e la fisiologia patologica, nonchè i sintomi di codeste lesioni con schemi, disegni e con un modellino, costruito per dimostrare il comportamento delle fibre dei legamenti crociati nelle varie fasi del movimento flesso-estensorio, sostiene la necessità della cura cruenta nel maggior numero dei casi. Il frammento, purchè sia di un certo volume, non ha probabilità di riassorbirsi spontaneamente; nè si può sperar molto in una consolidazione per i numerosi momenti che tendono ad ostacolarla. Possibile invece è la formazione di un corpo libero e quasi sicuro un disturbo permanente della funzione articolare. L'intervento deve essere diretto possibilmente alla riunione; la resezione nel maggior numero dei casi priva il ginocchio di elementi di alta importanza funzionale, quali sono le fibre di un crociato.

SCARLINI G. (Verona). — *Sul distacco della epifisi inferiore della tibia.* — Riferisce su due casi recenti di distacco epifisario tibiale inferiore, uno limitato alla sola epifisiolisi, un altro complicato da frattura intra-epifisaria, eventualità questa del tutto eccezionale. Riferisce ancora su tre casi di piede varo conseguente ad antico distacco epifisario tibiale inferiore e ad arresto precoce della funzione osteo-genetica della cartilagine di coniugazione: trattamento degli esiti sempre cruento, asportazione della cartilagine di coniugazione tibiale inferiore e osteotomia sopra-epifisaria della tibia.

FALDINI G. (Bologna). — *Le fratture malleolari.* — In base all'esperienza che fornisce la statistica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'O. crede di poter affermare l'assoluta bontà del trattamento incruento delle fratture malleolari, ove siano possibili riduzione e contenzione, precocemente eseguite, sotto il controllo dei raggi X.

In base poi ai risultati ottenuti nel trattamento degli esiti delle fratture malleolari, l'O. ritiene che si debba intervenire cruentemente tutte le volte che esiste una grave alterazione della meccanica articolare, che sia sufficiente invece una cura più semplice per i reliquati di minore entità.

ROSSI A. (Lugo). — *Di una rara varietà di frattura bilaterale simmetrica del margine antero-esterno dell'epifisi distale della tibia.* — Una giovinetta sedicenne caduta in piedi dall'altezza di 4 metri, riportò una frattura parcellare bilaterale del margine antero-esterno della estremità distale della tibia, ivi compreso il tubercolo anteriore della doccia tibio-peroneale: a sinistra frammentazione del tubercolo. L'O. ritiene tali fratture assai più frequenti di quanto non appaiano ad un esame radiografico sommario, e le mette in rapporto patogenetico, sia con la giovane età, sia con particolari note somatiche (brachitipi).

ROSSI B. (Milano). — *Lussazioni associate a frattura e fratture associate a lussazione.* — L'O. con numerosi documenti radiografici e fotografici delinea il capitolo delle lussazioni accompagnate a fratture e delle fratture associate a lussazioni,

indicando quali sono, a suo modo di vedere, i metodi migliori di cura di queste lesioni, ed insistendo sulle possibilità della cura incruenta.

GAZZOTTI L. (Reggio Emilia). — *Il trattamento immediato delle fratture articolari esposte, complicate o no da lussazione.* — In quattro casi ha trattato le superfici ossee e articolari esposte, previa accurata pulizia e sterilizzazione dei tegumenti regionali, con abbondante e prolungato lavaggio con soluzione fisiologica sterile tiepida (30°-40°). Ridotta la frattura (2 casi), e la concomitante lussazione (2 casi), ha suturato le parti molli. Guarigione p. p. e buona funzione in tutti i casi.

24 Ottobre 1926, ore 7.

Brillante seduta operatoria tenuta dal Prof. FRANCESCO DELITALA, Presidente del Congresso.

Ore 8,30 - Seduta antimeridiana.

DELITALA P. (Sassari). — *Ricerche sperimentali sulle fratture articolari nei conigli.*

BAJ L. (Torino). — *La calcemia nei processi di guarigione delle fratture intra- ed extra-articolari.* — Dallo studio sistematico di 20 casi di fratture, l'O. conclude che la calcemia aumenta subito dopo la frattura, raggiunge il massimo in 18ª-20ª giornata, decresce in seguito per raggiungere cifre normali dopo il 60° giorno: nei giovani l'aumento è maggiore e precoce e perdura anche dopo il periodo di guarigione clinica, forse per la maggiore attività del ricambio durante il periodo dell'accrescimento.

DIEZ S. (Roma). — *Caratteri anatomo-patologici delle fratture delle ossa lunghe delle mani e dei piedi in rapporto al loro meccanismo patogenetico, con speciale riguardo al problema diagnostico dell'autolesionismo.* — Premesso che per giungere alla diagnosi di autolesionismo è necessario integrare lo studio della modalità traumatica denunziata dall'operaio con quello dei caratteri della lesione da lui presentata, passa allo studio di 70 casi di frattura delle falangi delle mani e dei piedi, dei metacarpi e dei matatarsi e mette in evidenza i diversi tipi di alterazioni anatomopatologiche in rapporto alle seguenti varietà di insulti traumatici: schiacciamento, flessione da causa diretta, flessione da causa indiretta, strappamento, torsione.

TANCREDI G. (Roma). — *Sull'importanza del metodo di Mommsen nella cura incruenta della retrazione ischemica di Volkmann.* — Presenta un caso di retrazione ischemica trattato col metodo di Mommsen. Recupero quasi perfetto.

MARAGLIANO D. (Genova). — *Trapianti peduncolati di cartilagini inter-epifisarie.* — In conigli ed in cani giovanissimi ha diviso longitudinalmente per metà lo estremo metafiso-epifisario del radio, ne ha mobilizzato una metà, conservando il suo peduncolo periosteo-aponevrotico e lo ha trapiantato sul moncone del cubito decapitato del suo estremo metafiso-epifisario. Seguendo gli animali fino al termine dell'accrescimento, si è potuto constatare un sicuro aumento in lunghezza della porzione trapiantata.

In complesso però i risultati non sono sostanzialmente diversi da quelli ottenuti coi trapianti liberi, perchè l'accrescimento in lunghezza del cubito operato è sempre stato notevolmente inferiore a quello del lato opposto.

CAMERA U. (Torino). — *Sull'epicondiloidite dell'omero.* — A proposito di un caso di epicondiloidite descrive l'etiologia, i caratteri clinici, la anatomia patologica e la terapia della malattia.

ETTORRE E. (Milano). — *Le artroplastiche nella spondilosi rizomelica.* — Prendendo occasione da due casi di spondilosi rizomelica, operati, di artroplastica dell'anca, afferma che nei casi stabilizzati in cui i dolori siano ridotti e l'anchilosi completa, si può sperare un vantaggio dall'intervento; quando invece il processo è in attività non conviene intervenire.

CERUTI G. (Torino). — *Ricerche ergografiche sul lavoro e sulla fatica muscolare durante l'anemia e l'iperemia.*

DELITALA F. (Venezia). — *Nuovo metodo di esame del piede paralitico.* — Presenta una scarpa che permette con un sistema di fissazione speciale di fissare l'articolazione tibio-tarsica in equinismo, o in talismo, di limitarne il movimento di flessione o di estensione, di correggere l'accorciamento. Questa scarpa può essere applicata prima dell'intervento ad un piede paralitico: essa permette di studiare quale sarà la funzione dell'arto dopo un'artrodesi, una tenodesi, un'artrorisi, ecc. e permette di modificare eventualmente il programma operatorio, anche tenendo conto del vantaggio che il paziente stesso sente di potere ritrarre dai diversi tipi di intervento simulati dai vari atteggiamenti o dalle limitazioni di movimenti che la scarpa imprime al piede.

DELITALA F. (Venezia). — *Un nuovo tipo di sutura metallica per la cute.* — Propone di sostituire alle piastrine metalliche e ai pallini forati comunemente in uso per le suture in tensione della cute, un bottone in alluminio che ricorda la forma dei comuni gemelli da bretelle, e che è forato nel mezzo e presenta il picciuolo ugualmente forato e diviso da una spaccatura. È molto facile avvolgere ciascun estremo di un filo di sutura ad un bottone del tipo descritto: vantaggio dunque di applicazione molto rapida.

NUZZI O. (Napoli). — *Apparecchio per lo studio sperimentale e didattico della meccanica muscolare del piede.* — Illustra un apparecchio di sua costruzione che permette di studiare:

1) quale posizione assume il piede rispondendo all'azione di ogni singolo muscolo e dei vari aggruppamenti muscolari;

2) quali muscoli entrano in giuoco nelle diverse posizioni del piede e, quindi, quale è la funzione dei singoli muscoli e dei vari aggruppamenti muscolari;

3) quale è la funzione motoria e quale quella di arresto dei muscoli, sia allo stato normale che allo stato paralitico, o dopo trapianto tendineo;

4) la funzione delle articolazioni in condizioni normali o dopo artrodesi o artrorisi.

CALANDRA E. (Palermo). — *L'artrorisi laterale esterna nel piede valgo-paralitico.* — Dopo un rapido riassunto delle esperienze compiute specialmente in Italia in rapporto all'artrorisi, l'O. espone la tecnica operatoria dell'artrorisi laterale esterna del piede e si sofferma a indagare la pos sibilità anche tardiva di una restaurazione funzionale dei muscoli paralizzati sottratti all'azione eccessivamente valida degli antagonisti.

ALBANESE A. (Milano). — *Risultati lontani dell'artrodesi nei piedi paralitici.* — Presenta una statistica di 220 casi di artrodesi praticate nell'Istituto Rachitici di Milano. Risultati: anchilosi ossea 85 % dei casi, parzialmente ossea e parzialmente fibrosa 12 %, insuccesso assoluto per cause non precisabili nel 3-4 %.

GABBRIELLI R. (Firenze). — *Risultati del trattamento delle deformità polio-mielitiche.* — Riferisce su 156 casi di deformità poliomielitiche, trattati in 3 anni nell'Istituto Ortopedico di Firenze, coi vari metodi chirurgico-ortopedici, che si propongono di rendere il più possibile utili per la funzione i postumi della paralisi infantile.

Descrive la tecnica e discute le indicazioni e i risultati, dei diversi interventi.

PUTTI V. (Bologna). — *Trattamento chirurgico degli esiti della tubercolosi dell'anca.* — Raggiunta la guarigione clinica della coxite infantile, resta il quesito della condotta da tenersi al confronto della contrattura flesso-abduttoria che fatalmente va istituendosi. Le soluzioni correnti sono: *a*) la immobilizzazione tutoria con apparecchi ortopedici sino al raggiungimento dell'età adulta; *b*) la correzione della deformità costituita con una operazione para-articolare. L'O. si è proposto una terza soluzione: Prevenire la contrattura con un intervento periarticolare anchilosante, analogo a quello eseguito da Haas e da Hibbs per la cura della coxite in atto, e da Mathieu per il trattamento dei postumi.

Tecnica. — Mobilizzazione di una lamina osteoperiostea, di 2×10 cm., presa a tutto spessore dall'ala iliaca. Scivolamento di questa lamina a ricoprire la superficie superiore del collo femorale e suo incastro da un lato entro il bulbo trocanterico, dall'altro nel solco scavato nell'ala iliaca. Immobilizzazione in apparecchio gessato per 8-10 mesi.

Casistica. — Otto bambini da 8 a 16 anni, previamente trattati per 3-2 anni con apparecchi gessati. Primo intervento 10 mesi or sono.

Risultati. — Nessun risultato può essere considerato come definitivo dato il tempo trascorso dall'intervento. In tre casi segni radiografici indubbi di attecchimento del trapianto, in 4 casi, attecchimento ancora incerto, un insuccesso completo. In questo caso un focolaio superiore del collo, quantunque svuotato accuratamente, ha dato luogo a formazione di un ascesso che ha danneggiato il decorso post-operativo.

Presentazione di diapositive e di sei operati.

PUTTI V. (Bologna). — *Trattamento chirurgico della lussazione patologica dell'anca da osteo-artrite acuta infantile.* — Nel Congresso dello scorso anno il dott. Zanoli espose i risultati ottenuti all'Istituto Rizzoli dal trattamento chirurgico di nove casi di lussazione patologica inveterata dell'anca da osteo-artrite acuta infantile. La casistica si è ora accresciuta di altri tre casi. L'O. riassume criteri e metodi da lui seguiti nella cura.

Lo scopo da raggiungersi si è quello della riduzione della lussazione, qualunque sia per essere il quantitativo di gioco motorio che residuerà alla neo-artrosi. I tentativi di riduzione incruenta si sono dimostrati inefficaci. Per la cura cruenta l'O. si è attenuto ai seguenti criteri:

1) se esiste un moncone di collo sufficientemente sviluppato per garantire un buon appoggio ed assicurare dalla rilussazione, riduzione del moncone entro la cavità cotiloide;

2) se, come nel più dei casi avviene, manca qualsiasi traccia del collo:

a) ridurre il trocantere, ponendo l'arto in abduzione orizzontale ed eseguire alla distanza di 2 o 3 mesi dal primo intervento, una osteotomia sottotrocanterica;

b) distaccare il trocantere con una osteotomia obliqua, creando così, a spese del bulbo trocanterico, un pseudocollo che può essere facilmente ridotto e che fornisce una buona mensola d'appoggio. Sutura del trocantere alla radice del pseudocollo.

Illustrazione della tecnica e dei risultati con diapositive e presentazione di due operati.

DONATI M. (Padova). — *Sulla cifosi dorsale inferiore degli adolescenti e il processo di ossificazione delle vertebre dorsali inferiori.* — A proposito di 5 casi clinici, l'O. riferisce su ricerche anatomiche, istologiche e radiologiche, dalle quali viene dimostrato che la deformità è spesso in rapporto con le modalità del processo di ossificazione fibro-periostale dei corpi delle vertebre dorsali inferiori. Alla parte anteriore del corpo delle vertebre dorsali inferiori, a livello dell'unione dei due sclerotomi che danno origine all'abbozzo precartilagineo della vertebra, il processo di ossificazione fibro-periostale evolve in modo particolare, lasciando ampi spazi midollari che di mano in mano si impiccoliscono per formazione di lamelle ossee. Il processo di ossificazione si completa a 18-20 anni e anche più, ma può arrestarsi in uno stadio di evoluzione incompleta che persiste nell'età adulta.

DE FRANCESCO R. (Venezia). — *Indirizzo alla cura della spondilite tubercolare.* — Dopo di avere ricordato i mezzi fondamentali di cura, mette in evidenza l'opportunità di uno scambio di malati fra i vari Istituti di cura, appena l'influsso climatico sia esaurito. Afferma inoltre la necessità che al loro ritorno in famiglia i malati vengano affidati a medici specializzati.

GAIBISSI A. (Savona). — *Elio-talasso-terapia della coxite.*

SCALONE I. (Milano). — *I disturbi funzionali dei nervi per alterazioni vascolari.* — Dimostra con ricerche sperimentali come la distribuzione di fibre amieliniche ai tronchi nervosi spinali costituisca, attraverso la vaso-mozione o indipendentemente, o associata ad essa, un fattore di rinforzo della funzione motrice. Mette in evidenza la possibilità di spiegare le paresi, le paralisi e le ipotonie muscolari di origine vascolare con la intima correlazione esistente fra le fibre simpatiche vasali e quelle distribuite in modo ineguale nei tronchi spinali.

VACCHELLI S. (Cortina d'Ampezzo). — *Ematuria periodica in spondilite fistolizzata.*

PELLEGRINI A. — *Qualche considerazione sulle amputazioni degli arti.* — Mette in evidenza i vantaggi del metodo generale di amputazione del Ceci. Ricorda e illustra la sua proposta già pubblicata nel 1917, di formare lembi periosteo-osteoplastici a lamine ossee multiple per ricoprire la sezione ossea dei monconi.

ANNOVAZZI G. (Milano). — *Osservazioni sulla elasticità dei legamenti.* — Dimostra con esperienze che i legamenti costituiti da tessuto connettivo sono dotati di una elasticità completa entro certi limiti, intesa questa elasticità in senso fisico.

Ritiene probabile che le fibre connettivali ed elastiche, non avendo in molti casi una permanente tensione automatica, siano mantenute nella forma normale da un quid vitale.

PALAGI P. (Firenze). — *Localizzazioni dei vertebrali nelle febbri di Malta.* — Riferisce su tre casi osservati nello spazio di un anno nell'Istituto Ortopedico di Firenze, nei quali ha ritenuto di poter diagnosticare una forma di spondilite maltese per le seguenti ragioni: 1) inizio nel periodo florido di una infezione maltese accertata sierologicamente; 2) decorso clinico di relativamente rapida scomparsa della sintomatologia (a parte la rigidità vertebrale circoscritta) coincidente col rapido miglioramento delle condizioni generali; 3) assenza della reazione tubercolinica di focolaio; 4) quadro radiografico costante, collimante perfettamente — nella localizzazione ad uno spazio intervertebrale, nella spiccata periostosi ed iperostosi vertebrale, nella minimalità delle lesioni distruttive — col reperto descritto dal Bonhure come caratteristico e costante della spondilite tifosa.

Rileva l'assenza nella letteratura di casi radiologicamente accertati di spondilite maltese.

MERLINI A. (Bari). — *Sulla apofisite calcaneare posteriore.* — A proposito di un interessante caso di apofisite calcaneare posteriore, osservata in un ragazzo di otto anni, l'O. si domanda se essa non sia da mettere in rapporto etio-patogenetico con il rachitismo tardivo.

* * *

Dopo la visita a Malamocco del Sanatorio Invalidi di Guerra, e dopo la visita dell'Ospizio Marino del Veneto, ha luogo, nei locali di questo Istituto, la seduta di chiusura del Congresso.

Presenta un notevole interesse il voto espresso dalla Società Italiana di Ortopedia su proposta del Consiglio Direttivo, relativamente alla necessità che l'Ortopedia sia compresa nelle prove di esame per l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo.

Viene eletto all'unanimità Presidente del prossimo Congresso il prof. MARIO DONATI.

Rimane stabilito, tema della prossima Relazione: «Trattamento dei tumori ossei».

Viene approvato dopo breve discussione un O. d. g. presentato dal dott. BARDISIAN con il quale la Società, richiama l'attenzione della competente Autorità tutoria sulla necessità che gli Ospizi Marini svolgano la loro attività durante l'anno solare.

Il Congresso, magnificamente riuscito per l'interesse scientifico delle numerose comunicazioni e per l'intervento della maggior parte dei cultori italiani dell'Ortopedia, si chiude con una manifestazione cordialissima al Presidente prof. Francesco Delitala.

Dott. GIUSEPPE TANCREDI.

V Congresso della Società Italiana di Urologia.

(Continuazione e fine, vedi preced. fasc. 2).

(Continuazione e fine, vedi preced. fasc. 2).

II TEMA DI RELAZIONE.

Diagnosi e terapia delle vescicoliti.

Dott. CARLO CHIAUDANO (Torino), relatore.

L'O. divide le vescicoliti in amicrobiche ed infettive. Le prime sono causate da pervertimenti sessuali, da fattori meccanici (sport) e forse anche da tossici (alcool, tabacco); non sono numerose. Tra le infettive la forma più frequente è la blenorragica. Una forma particolare è quella, rara, che segue alla prostatectomia alla Freyer. Talora si è fatta diagnosi di spermatocistite sifilitica col criterio «ex juvantibus».

Tra i sintomi il più costante è il dolore che va dal vago senso di peso al perineo al dolore acutissimo. Spesso si ha pollachiuria, bruciore alla minzione, tenesmo. Negli stadi acuti: eretismo sessuale, polluzioni dolorose, ecc.; negli stadi cronici: debolezza sessuale, eiaculazione precoce, impotenza. Importanti l'emospermia e la piospermia.

Segni di certezza sono l'epididimite recidivante, l'epididimite a «bascule».

La diagnosi si fa con la palpazione rettale e con l'esame del contenuto vescicolare. Con il massaggio si ottengono i caratteristici «stampi vescicolari».

Importante la diagnosi batteriologica: gonococco, streptococco, staffilococco, pneumococco, coli, tetrageno, piocianeo, soli o associati. La spermocultura, come ha dimostrato l'O., può rivelare il gonococcismo latente.

L'uretroscopia fa constatare le lesioni del veru montanum (specchio della V. S.), che possono però esistere senza lesione della V. S. L'unico segno patognomonico è la fuoriuscita di pus dai dotti ejaculatori.

La cistoscopia può rivelare lesioni della zona vescicolare.

L'indagine radiologica può rivelare calcoli nelle vescicole e può essere utile anche previa iniezione di liquidi opachi ai raggi.

Molto spesso la vescicolite può guarire con terapia conservativa, specie col massaggio vescicolare, che non va però generalizzato; si usano poi l'iperemia locale, la diatermia, la vaccino- e proteino-terapia. Il cateterismo degli eiaculatori e l'iniezione di sostanze medicamentose nelle vescicole è difficile ed espone all'epididimite. Priva di pericoli è invece l'iniezione di liquidi medicamentosi per via deferenziale (vasotomica). La vesciculo-tomia è indicata quando si deve drenare un focolaio settico, pericoloso per l'organismo, nei casi di calcolosi vescicolare dolorosa e nei casi che non cedono alla vasotomia. La via di scelta è la perineale. Il metodo di Fuller è cieco e va riservato ai grossi ascessi vescicolari unici. Se gli ascessi sono multipli bisogna scoprire completamente le vescicole seminali con la posizione perineale inversa e con strumenti che tirino in basso la prostata.

La vesciculectomia è stata eseguita in qualche caso di vescicolite cronica sclerotica.

Discussione.

FROENSTEIN (Mosca). — Richiama l'attenzione sulle difficoltà che offre in molti casi la diagnosi dell'infiammazione gonorroica delle vescicole seminali e sulla necessità di moltiplicare le indagini e protrarre l'osservazione del malato prima di affermare la guarigione della blenorragia.

Si intrattiene quindi sugli esiti e sulla cura della spermatocistite. Ricorda infine un caso da lui osservato di empiema delle V. S. in cui la vescicola, palpabile attraverso l'addome, conteneva circa due litri di pus.

BLOCH (Padova). — Ha adoperato come cura, in sette casi di vescicoliti, il metodo di Bielfeld, usando come sostanza medicamentosa il collargolo. Solo in due di questi casi il risultato fu incerto, nei rimanenti 5 fu ottimo; mai ebbe occlusione delle vie spermatiche.

COLOMBINO (Torino). — È perfettamente d'accordo con il Relatore per quanto riguarda la diagnosi e la cura delle spermatocistiti. Si domanda solo se si possa realmente parlare di spermatocistiti amicrobiche.

È molto scettico per quanto riguarda la possibilità di un'infezione vescicolare gonococcica d'emblée senza la preesistenza di una uretrite acuta della stessa natura. Secondo la sua esperienza, poi, la diagnosi di guarigione della blenorragia in genere si fa in base ai comuni esami senza bisogno della spermo-cultura, la quale non offre quelle garanzie di sicurezza quale vorrebbero attribuirle alcuni autori. Espone poi un raro caso di batteriuria da stafilococco dovuto a spermatocistite e guarito con la resezione della vescicola malata.

RAVASINI (Trieste). — Ricorda come egli abbia accidentalmente, durante una cistografia di una vescica tubercolare eseguita con joduro di litio al 10 % iniettato una vescicola seminale; la vescica era molto alterata e non si lasciava distendere che da un lato. L'ammalato provò intenso dolore e bisogno di mingere e ricacciò il catetere nell'uretra prostatica; avvenne allora un riflusso del liquido nella vescicola seminale.

LILLA (Livorno). — Condivide i dubbi espressi dal Colombino a riguardo della amicrobicità delle spermatocistiti. Ritiene che le vescicoliti consecutive alla prostatectomia debbano essere molto rare (non ne ha mai osservato in 68 prostatectomie) e che si possano evitare con la tecnica perfetta, senza lesione degli eiaculatori.

Ha osservato due casi di ematospermia che cessò dopo l'ablazione diatermica di due grossi polipi del veru montanum. Quanto alla cura delle vescicoliti i migliori risultati li ha ottenuti con la immunoterapia aspecifica. Fa delle riserve sul metodo di Bielfeld temendo per l'avvenire del deferente traumatizzato e per l'azione su di esso del liquido iniettato.

Comunicazioni varie.

D'AGATA (Messina). — *Idronefrosi ed idropionefrosi calcolosa sperimentale.* — Mediante immissione di frammenti di osso fresco di coniglio nella pelvi degli stessi animali, ha ottenuto la formazione di calcoli sperimentali, capaci, ostruendo l'uretere, di produrre una tipica idronefrosi, con gli stessi periodi successivi osservati dopo legatura dell'uretere. In tali animali si può inoltre provocare una idropionefrosi calcolosa con l'inoculazione endovenosa di stafilococchi. Tuttavia quando le alterazioni sperimentalmente provocate sono progredite è più facile determinare un'infezione nel rene sano anzichè in quello idronefrotico.

Discussione.

TARDO (Palermo). — Immettendo pezzetti di calcoli vescicali umani sterilizzati nella pelvi dei cani, ed evitando ogni infezione, non ha mai notato alcun deposito di sostanze calcoligene sul corpo estraneo. In due casi in cui il calcolo immesso passò nell'uretere non si ebbe idronefrosi; il calcolo però occludeva completamente l'uretere.

D'AGATA (risp.). — Assicura il collega Tardo che anche nelle sue esperienze non sopravveniva l'infezione. Fa notare che il Tardo sperimentava sui cani e con sostanze inorganiche, mentre egli ha esperimentato sui conigli e con osso fresco; la differente tecnica può quindi spiegare la diversità dei risultati.

MINGAZZINI E. (Roma). — *L'importanza della enervazione del peduncolo renale nella produzione dell'idronefrosi sperimentale.* — L'esistenza di casi di idronefrosi in cui non riesce la dimostrazione di un ostacolo ha indotto all'ammissione di una classe di idronefrosi « e causa ignota » la cui origine in realtà si può sempre riportare ad una delle cause seguenti così classificate:

A) idronefrosi « e causa ignota » di origine funzionale, che si manifestano con: 1) atonia, 2) paresi, 3) paralisi, 4) incoordinazione dei movimenti ureterali, 5) spasmi, di origine nervosa riflessa o infiammatoria;

B) idronefrosi « e causa ignota » di origine organica. Possono essere congenite (dilatazione idiopatica, disturbi di innervazione) e acquisite. Queste ultime sono dovute a flogosi (con scomparsa — negli stadi terminali — della muscolare) o a lesioni nervose: 1) centrali (tabe, poliomielite, ecc.) o 2) periferiche (a valle della lesione ureterale).

Riporta due casi clinici, uno di megauretere ed un altro di idronefrosi bilaterale con disturbi solo unilaterali e persistenti malgrado l'organo fosse stato operato con successo (sezione di un vaso anomalo del polo inferiore del rene).

Segue la parte sperimentale. Partendo dalle ricerche di Boeminghaus, il quale enervando nei cani il peduncolo renale non era riuscito a stabilire mai una dilatazione nella pelvi e nei calici. L'O. supponendo che la peristalsi del resto dell'uretere avesse potuto sopperire alla mancata funzione muscolare della pelvi, ha pensato di associare alla enervazione del peduncolo renale da un lato la presenza d'ambo i lati di un ostacolo di per sè insufficiente alla produzione della dilatazione. Infatti in tali casi egli ha costantemente osservato una idronefrosi più o meno evidente solo dal lato enervato: l'ostacolo aveva determinato la dilatazione del segmento enervato e privato dell'azione vicariante della muscolatura dell'uretere.

BLOCH (Padova). — Riferendosi a due casi clinici da lui enervati riferisce come a distanza di tempo non ha potuto constatare dilatazione dal lato enervato.

MINGAZZINI (risp.). — 1) Come i dati sperimentali non si debbano trasportare senz'altro alla patologia umana: 2) come si possa pensare, nei casi operati dal collega, ad un'azione vicariante del resto della muscolatura dell'uretere.

PERACCHIA (Milano). — *Calcolosi renale e carcinoma.* — Riferisce su di un caso di calcolo e carcinoma associati nello stesso rene, illustrandolo con macro- e microfotografie. La sintomatologia calcolosa si era iniziata, nel paziente, cinque anni prima. Egli considera la presenza del calcolo e la infezione ad esso secondaria elementi irritanti l'epitelio del bacinetto. Egli ritiene anche più importanti, per l'insorgenza del carcinoma, lo stato di tossicosi relativa e legate all'infezione, che l'infezione stessa.

Discussione.

ANZILOTTI (Livorno). — Chiede se per analogia a quanto accade nelle vie biliari sia, pure nel rene, frequente l'associazione tra calcolosi e carcinoma.

GIORDANO (Venezia). — Per esperienza personale ritiene rarissima la coesistenza di cancro e calcolo renale. È relativamente frequente invece l'associazione di colicistite calcolosa e cancro della colicisti, ma non nella proporzione di 1/5 citata dall'Anzilotti. Fino a due anni or sono l'aveva osservata nella proporzione di 1 su 15, ma oggi che la calcolosi biliare viene operata più sollecitamente il cancro è meno frequente.

BRUNI (Napoli). — Sopra 150 interventi sul rene e sulla pelvi, solo 3 volte ha constatato la coincidenza tra cancro e calcolo. Fa notare che anche nel Congresso Urologico Internazionale di Roma del 1924 i più grandi operatori giudicarono rarissima tale coincidenza

TARDO (Palermo). — Ricorda che nel Congresso Urologico Internaz. di Roma del 1924 egli, nella sua relazione, ha riportato tutti i casi, comunicatigli dai colleghi di associazione di cancro e calcoli renali; tale coincidenza si dimostrò rara.

Non sono rare invece nella calcolosi renale le modificazioni dell'epitelio pelvico e la sua cheratinizzazione; egli stesso si è occupato di tale quistione anatomo-patologica, venendo alla conclusione che le dette trasformazioni possono avere importanza per l'insorgenza del neoplasma.

NICOLICH (Trieste). — Su circa 300 casi di nefrolitiasi operati nell'Ospedale di Trieste, soltanto in 5 di essi fu notata l'esistenza di un tumore maligno. La frequenza è, quindi, dell'1,7 %.

PAVONE jun. (Palermo). — Riferisce che durante esperienze inedite praticate vari anni or sono con Ciaccio, irritando meccanicamente il bacinetto, ha ottenuto una manifesta ipercheratosi dell'epitelio del bacinetto, ma mai degenerazione neoplastica.

PERACCHIA (risp.). — Osserva che il ritrovare il cancro in una percentuale bassa di reni calcolosi, non è sufficiente ad escludere un nesso causale tra le due malattie; è necessario, infatti, istituire una percentuale solo sui casi in cui l'affezione primitiva (pionefrosi calcolosa) e quindi il fattore irritativo e tossico abbia durato a lungo (2-5 anni); infatti alcuni AA. in casi di pionefrosi calcolosa datante solo da 10-12 mesi hanno già potuto rilevare processi di metaplasia dell'epitelio della pelvi.

PAVONE jun. (Palermo). — *La simpaticotomia chimica del peduncolo renale.* — Riferisce di alcune esperienze (di cui aveva già riferito sulla « Cultura Medica Moderna » i primi risultati) nelle quali determinava nei cani la simpaticotomia chimica del peduncolo renale mediante pennellature con una soluzione di acido fenico al 5 %, istituite allo scopo di saggiare l'influenza di tale intervento sulla funzionalità renale. Viene alla conclusione che dopo un periodo più o meno breve (1-2 mesi) durante il quale si ha poliuria, la fun-

zionalità renale torna normale o quasi. Quindi tale simpaticotomia pur non essendo un metodo di cura nè radicale nè etiopatogenetico si può associare ad altri interventi chirurgici richiesti nella cura delle nefriti croniche, tanto più che la persistenza degli effetti per un certo periodo di tempo può determinare le modificazioni eutropiche che favoriscono il ripristino funzionale del rene.

Discussione.

NISIO (Bari). — Ritiene che la pennellatura eseguita dal Pavone sul peduncolo renale debba provocare solo un torpore del simpatico e non una vera simpaticotomia, perchè se così fosse la funzione renale dopo qualche mese, anzichè ripristinarsi dovrebbe diminuire, come è dimostrato dalle ricerche sperimentali eseguite dal Nisio stesso sulla « enervazione del rene ».

PAVONE (risp.). — Risponde al Nisio che se gli effetti della simpaticotomia chimica sono transitori, è difetto del metodo e non delle esperienze; del resto un mese basta per avere gli effetti terapeutici desiderati. La simpaticotomia chimica, poi è assolutamente innocua, se non radicale, e non è da paragonarsi alla simpaticotomia completa del peduncolo renale eseguita dal Nisio nelle sue esperienze.

DE GIRONCOLI (Venezia). — *Tubercolosi del rene destro e calcolosi del rene sinistro nello stesso individuo.* — Ha osservato, durante l'autopsia di una donna, deceduta dopo pochi giorni dall'ingresso in Ospedale, una grave pionefrosi tubercolare del rene e dell'uretere destro con tubercolosi vescicale, associata alla presenza di un calcolo del volume di un fagiolo nel rene sinistro macroscopicamente normale.

Fa rilevare che, mentre la presenza di calcoli in reni tubercolari, qualunque dei due possa essere il processo primitivo, non è eccessivamente raro, l'associazione, invece, di una tubercolosi renale con una calcolosi del rene opposto non solo è molto più raro, ma riveste anche maggiore interesse per le difficoltà diagnostiche e per le complicazioni post-operatorie che possono insorgere qualora si intervenga sul rene tubercoloso.

Discussione.

RAVASINI (Trieste). — Coglie l'occasione per riferire su di un caso da lui osservato, in cui le indagini microscopiche, cistoscopiche e biologiche avevano condotto alla diagnosi di tubercolosi renale iniziale sinistra. Esistevano tra l'altro, tre ulcerazioni tubercolari in vescica e l'urina raccolta dall'uretere sinistro presentava piuria microscopica e bacilli di Koch. La nefrectomia sinistra fece constatare un rene macro- e microscopicamente del tutto normale, ma dopo alcuni mesi le ulcerazioni vescicali scomparvero ed il paziente si rimise in salute. Si doveva perciò trattare, come in casi analoghi descritti da altri, di una filtrazione attraverso un rene integro di bacilli di Koch, che avevano infettata la vescica.

MARCOZZI (Giulianova). — Domanda al prof. Ravasini quali lesioni anatomiche renali avesse egli trovato nel caso da lui riferito, che potessero spiegare il reperto nelle urine di pus e sangue, non spiegabile con la sola filtrazione di bacilli tubercolari attraverso il rene.

GERMANI (Trieste). — *Su di un caso di cisti ematica spontanea della capsula renale propria in rene unico.* — Un paziente, precedentemente operato di nefrectomia sinistra per tubercolosi renale sospettata ma non constatata, si ripresenta con gli stessi sintomi e per i quali venne operato nella Sez. Urologica dell'Ospedale di Trieste. La sintomatologia era costituita da intensi dolori continui al fianco. Esisteva inoltre ptosi renale di primo grado e qualche raro eritrocita microscopico. Al taglio lombare si trovò la capsula renale propria scollata « in toto » da una piccola raccolta liquida siero-ematica fluttuante. Decapsulazione e nefropessi. Guarigione. Esame istologico: nefrite cronica a focolai.

Dopo aver passato in rassegna i rari casi riscontrati nella letteratura (13 in tutto) (nessuno dei quali in rene unico) ed aver esposta la etiologia, la patogenesi e la sintomatologia di quest'affezione, afferma essere la decapsulazione l'intervento di scelta.

NISIO (Bari). — *Sull'ipernefroma silenzioso e sua possibilità diagnostica.* — Dopo di avere richiamata l'attenzione sulla sintomatologia ed il decorso dell'ipernefroma e sopratutto sulla sua evoluzione generalmente silenziosa, illustra un caso di ipernefroma del rene d. da lui osservato, in cui insieme ad un deperimento che aveva fatto pensare ad una tubercolosi polmonare, i soli segni che tradivano la lesione renale erano un ingrossamento della metà sup. del rene destro, percettibile clinicamente e mediante un pneumorene ed una lieve microscopica ematuria a carico dello stesso rene.

VIRGILIO (Padova). — *Sindrome di occlusione intestinale nel corso di idronefrosi rivelatasi in seguito a trauma.* — In un caso di idronefrosi sinistra manifestatasi dopo un trauma con sintomatologia di occlusione intestinale si iniziò l'atto operativo con incisione pararettale sinistra. Si vide che la sacca contenente circa 5 litri di liquido comprimeva fortemente il colon discendente. Marsupializzazione e dopo un mese nefrectomia per via lombare. Mette in rilievo la difficoltà della diagnosi e ritiene si trattasse di una idronefrosi antica, probabilmente congenita, rivelata dal trauma.

MARCOZZI (Giulianova). — *Ernie inguinali vescicali.* — Descrive alcuni casi di ernie inguinali vescicali capitate sotto la sua osservazione.

ANZILOTTI (Livorno). — *Osservazioni sulla cromo-cistoscopia.* — Accenna all'importanza di questo metodo di indagine mettendone in rilievo la utilità specie nella diagnosi di forme tubercolari ed in altre il cui cateterismo degli ureteri può presentare o con pericoli o con difetto. Si deve studiare non solo il momento di inizio della eiacu-

lazione dell'urina colorata ma anche il tempo in cui comincia il massimo e la durata di questa eliminazione. Indubitatamente la cromocistoscopia è un metodo che dà dei lumi superiori ad altri e deve essere usato più frequentemente. Riferisce alcuni casi in cui è dimostrata l'utilità del metodo suddetto.

Discussione.

MINGAZZINI (Roma). — Si compiace che finalmente si elevi qualche voce autorevole su tale metodo d'indagine sul quale ha attratto l'attenzione in una sua recente pubblicazione. Naturalmente il metodo non va esente da pecche. Qualche volta, sebbene oltremodo di rado, il colore non si elimina, ma il fenomeno è bilaterale e tal'altra (tumori) la risposta delle ccs. con l'indigo non rivela che imperfettamente la lesione. Ma in simili casi anche gli altri metodi non danno risposte differenti.

NISIO (Bari). — Non ritiene che la cromocistoscopia da sola possa permettere l'esatta valutazione della funzionalità renale nè ritiene che la rapida eliminazione da un lato e tardiva dall'altro possa autorizzare un intervento, anche demolitore, da quest'ultimo lato, come afferma il Mingazzini.

È d'accordo con l'Anzilotti di evitare, nei limiti del possibile, il cateterismo ureterale quando questo può infettare un rene sano e di attenersi in tali, per l'ausilio diagnostico radiografico, e più al pneumorene che alla pielografia.

RAVASINI (Trieste). — È fautore della cromocistoscopia, che adopera largamente, sebbene in un paio di casi non abbia ottenuto l'eliminazione dell'indigo-carminio neanche dopo un'osservazione di un'ora, per quanto il rene in esame avesse una funzionalità normale e per quanto adoperasse sempre le stesse tavolette della stessa fabbrica.

DI FABIO (Napoli). — Qualsiasi esame funzionale dei reni è sempre relativo ed il suo risultato deve essere messo in rapporto con la clinica. Vi sono infatti ritenzioni totali senza lesioni renali e vi sono lesioni gravi che lasciano passare le sostanze coloranti.

FERRIA (Torino). — Ha sempre ottenuto, in casi di dubbio, ottimi risultati con la eliminazione di sostanze coloranti, che è specialmente raccomandabile per i casi in cui il cateterismo ureterale è impossibile.

PAVONE (Palermo). — Afferma che le discordanze di eliminazione del bleu di metilene possono spiegarsi con le trasformazioni che il bleu subisce nell'organismo. Il cromogeno infatti non è visibile all'esame cromocistoscopico.

ANZILOTTI (risp.). — Risponde che il metodo in questione non è assoluto. Infatti si sa che nei tumori renali, specie nei bambini, si possono avere funzioni assai bene conservate e quindi una buona eliminazione del colore. Rimane però sempre il fatto che tale metodo ci dà la sicurezza del valore funzionale del rene che deve rimanere.

WIGEI (Milano). — *Contributo alla cura incruenta della calcolosi ureterale.* — L'O. passa dapprima in rassegna i vari mezzi in possesso dello Specialista per la conferma della diagnosi di calcolosi ureterale ed insiste sul mezzo che solo può dare la certezza assoluta, la radiografia combinata col cateterismo ureterale, consigliando modificazioni alla tecnica che possono giovare in alcuni casi speciali.

Passa quindi in rassegna i diversi artifizi ora in uso per provocare o facilitare la caduta in vescica del calcolo e riporta succintamente alcuni casi studiati recentemente nella Divisione, illustrandoli con riproduzioni delle radiografie eseguite.

Conclude:

1) in ogni caso di calcolosi ureterale della porzione pelvica, al disotto dell'incrocio coi vasi iliaci e della porzione intramurale, è doveroso tentare la discesa di questi calcoli in vescica con mezzi incruenti, permessi quando il calcolo non sia soverchiamente voluminoso da superare di molto il diametro della papilla, la quale può essere allargata coi mezzi diatermici di un paio di centimetri;

2) il mezzo migliore, per provocare la discesa, è la posa a permanenza di uno o più cateteri ureterali per un tempo che oscilla da 24 a 72 ore;

3) la discesa del calcolo avviene o immediatamente o dopo una iniezione lubrificante dell'uretere d'olio o glicerina sterili, fatta a mezzo del catetere ureterale;

4) le condizioni permittenti sono:

a) che il paziente non abbia colica renale in atto;

b) che queste siano cessate da qualche tempo;

c) che non vi siano fatti acuti di scompenso renale;

d) che non vi siano complicazioni settiche ascendenti da ritenzione uretero-renale.

Discussione.

FERRIA (Torino). — Vi sono casi di calcoli ureterali, anche piccoli, che non si possono far discendere con la applicazione del catetere ureterale a permanenza e ciò senza che vi siano stenosi apparenti dell'uretere. L'O. in due di tali casi fu costretto ad intervenire. Tuttavia il catetere ureterale a permanenza si deve tentare in ogni caso di calcolo non voluminoso della porzione pelvica dell'uretere.

CARRARO (Milano). — Ricorda di essersi ampiamente occupato nel 1916 della terapia incruenta della calcolosi dell'uretere e di averla sempre tentata con tutti i mezzi con risultato spesso ottimo. Però anche in casi di calcoli piccolissimi è stato talora costretto ad intervenire, trovando allora dei calcoli fissi da obbligarlo all'incisione dell'uretere.

BRUNI (Napoli). — Da molti anni e spesso con ottimo successo, ha usato in numerosissimi casi di calcoli ureterali, il cateterismo ureterale con iniezione di olio gomenolato.

RAVASINI (Trieste). — In un caso di calcolosi renale, operato con la pielotomia, in cui, in 14ª giornata, si manifestò perdita di urina dalla ferita operatoria, l'O. praticò un cateterismo ureterale nel sospetto che un pezzetto di calcolo fosse rimasto nella pelvi ed avesse ostruito l'uretere. Infatti il paziente orinò un pezzetto di calcolo e guarì definitivamente.

GERMANI G. (Trieste). — *Il cateterismo degli ureteri nella tubercolosi renale supposta bilaterale.* — Nel presentare un interessante preparato di un paziente venuto a morte per tbc. pulmonum in cui l'autopsia ha rivelato: « tbc. rene uretere sinistro, vescica, uretra e prostata, e tbc. ascendente uretere destro, che si arresta a 5 cm. dallo sbocco in vescica: noduli parenchimatosi ematogeni rene destro », il G. dimostra l'errore in cui può trarre il cateterismo degli ureteri, che può far diagnosticare una tbc. bilaterale allorquando invece un rene può esser sano o per lo meno in ottime condizioni di funzione. A conferma di ciò cita un caso operato con ottimo risultato dal Primario Ravasini, in cui il cateterismo aveva dato Koch positivo da entrambi i reni. Conclude affermando che nei casi sospetti bilaterali è sempre necessario praticare una cistografia e ripetere il cateterismo spingendo più in alto il catetere dal lato dove si è rivelato il reflusso, per evitare di doversi astenere allorchè invece si deve procedere ad una nefrectomia.

Discussione.

TARDO (Palermo). — Osserva che il pezzo presentato porta ad una considerazione importante dal lato funzionale, in quanto in questo caso, malgrado le lesioni fossero tanto estese, si poteva avere una eliminazione di sostanze naturali ed una eliminazione provocata di sostanze coloranti perfettamente normali.

NICOLICH (Trieste). — Fa notare al prof. Tardo che non ci si può fidare solo sugli esami funzionali per estirpare un rene nella tubercolosi, poichè ha osservato un caso, con esami funzionali ottimi, in cui esistevano idronefrosi chiusa da un lato e tubercolosi estesa dall'altro.

LASIO (Milano). — Si dichiara completamente contrario all'uso degli esami cisto-pielografici nella tubercolosi vescico-renale. Essi sono infatti inutili, perchè non mancano altri metodi sicuri ed innocui per stabilire la diagnosi di tubercolosi renale, senza contare che può essere pericoloso spingere in un rene sano un liquido carico di bacilli e di detritus.

GERMANI (risp.). — È d'accordo con il Lasio sulla inutilità della pielografia nella tubercolosi renale. Ritiene, però, utile praticare sistematicamente la cistografia, che è innocua se fatta con joduro di litio al 5 % e sotto lieve pressione. Il preparato, infatti, dimostra come l'infezione cistogena del rene restante si arrestasse in vicinanza del meato in vescica.

DE GIRONCOLI (Venezia). — Descrive un caso di *tubercolosi renale bilaterale con funzionalità totale buona.*

FERRIA (Torino). — *La cistoscopia nei coxitici.* — Presenta un cistoscopio usabile in quei malati che, per un'affezione qualunque non possono divaricare le gambe e non permettono quindi l'introduzione della testa dell'osservatore nello spazio intercrurale. Il cistoscopio consta essenzialmente di un raccordo ottico da innestarsi ad angolo retto al cistoscopio comune. L'osservatore quindi procede alla endoscopia vescicale dirigendo l'osservazione ed il cateterismo ureterale dall'alto.

BRUNI (Napoli). — Presenta un caso di incontinenza di urina in una donna, la quale usufruiva di una lunga uretra come canale vaginale. Illustra il caso riportandone le radiografie.

Discussione.

CARRARO (Milano). — Ricorda un caso in cui vagina ed uretra abnormemente dilatata servivano alternativamente per il coito.

NICOLICH (Trieste). — *Necrosi della prostata in seguito ad applicazione di radium per ipertrofia della prostata.* — Un caso di ipertrofia prostatica in cui l'applicazione di radium determinò estesa necrosi della prostata, seguita da fenomeni settici e da eliminazione spontanea dall'uretra di cenci necrotici. Il radium, quindi, in questo caso non agì determinando atrofia degli elementi ghiandolari, come si ammette comunemente; il risultato finale, inoltre, fu buono, ma incompleto e raggiunto con sofferenze e pericoli gravissimi. Sono da preferirsi le solite cure non radicali nei casi inoperabili di ipertrofia prostatica.

CONFORTO (Firenze). — *Forme prostatiche da influenza.* — Comunica le sue osservazioni circa le forme prostatiche da influenza, prospettandone in particolare il problema diagnostico e patogenetico; per quest'ultimo attribuisce una grande importanza alle flogosi intercorrenti e pregresse, specie blenorragiche del sistema urinario ed alla calcolosi vescicale. L'azione dell'influenza si riduce ad esaltare dei germi in atto od in latenza. Quanto alla localizzazione prostatica, l'O., data l'età dei suoi pazienti (dai 47 a. in poi) invoca i processi involutivi della prostata e le eventuali affezioni di questa. Per i casi in cui non esistano precedenti patologici, ritiene che germi, eliminandosi, giungano per via discendente, alla prostata.

Termina preconizzando a lato dell'intervento, gli antiflogistici locali e gli autovaccini.

FERRIA (Torino). — *Sulla riparazione immediata delle gravi rotture dell'uretra perineale e membranosa.* — Sono 4 casi di rottura traumatica dell'uretra, nei quali egli intervenne eseguendo la sutura immediata, capo a capo, dei monconi uretrali. Due volte non fu messa la sonda a permanenza, ma dall'uso di questa ebbe a lodarsi in un caso in cui per la concomitante frattura del bacino era a temersi una deviazione del lume uretrale. I malati, rivisti anche dopo parecchio tempo dall'intervento, lasciavano passare comodamente nelle loro uretre sonde del calibro 21 della filiera Charrière.

Discussione.

LILLA (Livorno). — Cita la sua esperienza operatoria su 14 casi di rotture traumatiche dell'uretra, nei quali ha esperimentato diversi metodi di cura. In tutti ha osservato il restringimento uretrale, tranne che nei sei ultimi, nei quali ha eseguito il metodo di Marion.

CARRARO (Milano). — Ricorda due casi di rotture dell'uretra nei quali non fu possibile la sutura per la imponentissima emorragia che si potè dominare solo con il tamponamento; l'urina fu drenata dal perineo.

COLOMBINO (Pavia). — *Sulla tecnica della prostatectomia transvescicale.* — Da due anni, in più di cento prostatectomie eseguite in genere in due tempi, l'O. ha adottato una tecnica personale consistente nella enucleazione frammentaria dei vari adenomi procedendo nell'isolamento di essi dall'interno verso l'esterno. Con questo metodo non è necessario alcun tamponamento della loggia prostatica. Presenta pezzi e fotografie di prostate di varie grandezze così estirpate. I risultati sono ottimi e non inferiori a quelli dell'enucleazione in blocco, su di cui l'enucleazione frammentaria descritta ha il vantaggio di essere più facile, meno lesiva, altrettanto completa.

Discussione.

CARRARO (Milano). — Ritiene che, quando sia possibile, si debba preferire la prostatectomia in un solo tempo; che vi sono prostate ipertrofiche che vengono asportate meglio in blocco anzichè frammentariamente; che, perchè avvenga la guarigione, è necessario asportare tutto il tessuto ipertrofico, compresa la così detta capsula, se si presta all'enucleazione; che l'emorragia in tale intervento sia temuta più del necessario.

MINGAZZINI (Roma). — Domanda al collega Colombino se incide la mucosa vescicale con l'unghia o col bisturi; e se enuclea di proposito a frammenti anche quando fosse agevole togliere la prostata in un sol blocco.

TERRA-ABRAMI (Firenze). — Osserva al prof. Colombino che la via che egli segue è la endouretrale. Il vantaggio del metodo sta nei riguardi della emorragia, perchè si va al di dentro della capsula. Inoltre si limita l'asportazione ai noduli, ma è necessaria un'accurata revisione perseguendo anche i più piccoli perchè i risultati lontani siano eccellenti quanto quelli dell'asportazione in blocco.

LILLA (Livorno). — Pur riconoscendo che il metodo di Colombino debba essere preso in considerazione, fa delle riserve sui risultati lontani, temendo che debbano rimanere degli adenomi capaci di provocare recidive.

COLOMBINO (risp.). — Insiste sulla bontà del metodo che forse da altri talora accidentalmente eseguito è stato da lui regolato e standardizzato. La mucosa al disopra dell'adenoma va incisa addirittura col dito ricoperto di un comune guanto. Procedendo dall'interno all'esterno ed enucleando singolarmente ogni adenometto, è facile procedere alla manovra già descritta. L'O. si ritiene autorizzato a raccomandare il suo metodo, per il numero veramente ragguardevole delle prostatectomie così eseguite con successo.

LILLA (Livorno). — *Il trattamento del prostatico nel periodo preparatorio alla operazione di Freyer.* — Si occupa dapprima dello studio delle resistenze organiche e della funzione renale del prostatico, insistendo sopratutto sul fatto che nei prostatici, distesi, fortemente azotemici, la prova della S. F. F. non ha valore; le ricerche sulla funzione renale nei distesi devono consistere nella sola azotemia e solo se questa non sorpassa 1 gr. anche nella costante e nella eliminazione ftaleinica.

Discute poi lungamente sulla questione se sia preferibile il cateterismo a permanenza o la cistostomia, come preparazione vescicorenale alla prostatectomia, venendo alla conclusione che non solo nei distesi ma anche nei ritenzionisti completi senza distensione l'indicazione alla cistostomia è generale. E. MINGAZZINI.

LA CLINICA OSTETRICA

RIVISTA MENSILE

fondata nel 1898 dal Prof. F. La TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari.

Il fascicolo 1 (Gennaio 1927) contiene:

Lavori originali: O. ROGGIERO: Distocia da isteropessi addominale.
Fatti e documenti: M. FLORIS: Considerazioni anatomo-cliniche sopra un caso di sarcoma necrotico e suppurato dell'utero con decorso post-operatorio complicato da scarlattina. — G. POPOTSCHNIG: Taglio cesareo in un caso di gozzo con grave compressione tracheale.
La rubrica degli errori: G. S. PROCOPIO: Ingressamento di una tromba e di una ovaia per disturbi circolatorii simulanti un tumore ovarico.
Apparecchi e strumenti nuovi: P. SIRENA CORLEO: Forcipe a cucchiaia modificabile con gemelle alternate oscillanti.
Note di terapia: L. A. OLIVA: Le stomosine nella pratica ostetrica e ginecologica.
Conversazioni: P. GAIFAMI: Adagio con la isterectomia precesarea.
Commenti: E. BELLANDI: Iniezione endouterina di soluzione fisiologica in sostituzione di liquido amniotico.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Ricerche sulla fisiologia dell'amnios umano. — Forme rare di gravidanza extrauterina. — Gravidanza dopo castrazione Roentgen. — Gravidanza e fibromi dell'utero. — Sul comportamento della reazione del permanganato di potassio nelle urine, modificata dall'Artusi, nello stato puerperale. — **Ginecologia**: Sul trattamento della sterilità nella donna. — Le cisti retroperitoneali. — L'operazione di Bell-Beuttner. — Dei diverticoli uretrali nella donna. — Il trattamento del cancro del corpo dell'utero. — Operazioni per prolasso e parti successivi. — Fistola uretere-vaginale. Anastomosi uretro-vescicale per via vaginale. — **Pediatria**: Ricerche sul liquido cerebro-spinale nel lattante e nei bambini della prima infanzia. — Sulla resistenza emoglobinica specialmente nel lattante al seno. — Contributo allo studio della colesterinemia nei bambini. — **Note di biologia**: Il contenuto di glicogene dell'epitelio vaginale. — Reazione del secreto vaginale. — Carcinoma dell'utero e leucopenia alimentare.
Notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il fascicolo 1° (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'infezione nell'ulcera gastrica.

La genesi dell'ulcera gastrica è fatta risalire da molti AA. ad una infezione; però tale ipotesi non è provata; certamente l'infezione agisce durante l'evoluzione dell'ulcera.

Se è vero il fatto dell'amicrobismo gastrico dovuto al suo contenuto, è altresì comune la causa d'una infezione durante una stasi per stenosi o spasmo pilorico.

I dolori dell'ulcera gastrica rappresenterebbero periodici attacchi infettivi, causati dallo sviluppo di qualche nuovo focolaio. Anche i brevi accessi febbrili starebbero ad indicare la causa infettiva.

Una netta differenza istopatologica esiste tra l'ulcera recente e quella cronica.

Nella prima si riscontra un contorno infiammatorio, in cui predomina il processo infettivo; nell'ulcera subacuta si riscontrano microbi ammassati o isolati nella sottomucosa e nella sottoperitoneale; quella cronica è limitata da una organizzazione mesenchimatosa con pochi polinucleati.

Molti AA. trovarono germi nella parete dell'ulcera (Boetteher, Dudgeon e Sargent, Duval e Roux, Razemon, Montier, ecc.).

I microbi trovati sono: lo strepto- e stafilococco, i diplobacilli non identificati, l'enterococco.

Biologicamente Girault ha pensato alla natura infettiva per la leucocitosi con polinucleosi che accompagna le ulceri.

S'è tentato provare la natura infettiva dell'ulcera sperimentalmente, infettando degli animali; si son trovate delle lesioni gastriche, le quali però possono essere delle semplici erosioni più che vere ulceri.

In conclusione, osserva R. Clement (*Presse Méd.*, n. 56, 14 luglio 1926) non possiamo ammettere con sicurezza la natura infettiva dell'ulcera rotonda, la quale molto verosimilmente si infetta lungo il suo decorso. Quello che si deve pertanto evitare è questa infezione, che farebbe diventare cronica un'ulcera acuta.

A tale scopo si sospenderà ogni alimento, e si proteggerà la piaga ulcerosa con polveri inerti pure o sospese in geloso-gelatina, nello stesso tempo che si praticherà la disinfezione della bocca, dei denti, del faringe.

Nelle forme croniche si può tentare la proteinoterapia, sia con latte puro, sia con le albumine del latte: questa cura ha dato buoni risultati, spesso però transitori, a molti autori tedeschi.

Nelle ulceri recidivanti s'impone l'intervento chirurgico, praticato però sempre a freddo.

CARUSI.

Ulcera e cancro dello stomaco.

Sulla dibattuta questione, J. Gonzales Del Campo (*El Siglo medico*, 6 marzo 1926) porta il contributo della sua esperienza personale da cui risulta che soltanto nel 9 % dei cancerosi presentavano nell'anamnesi dei sintomi che potevano attribuirsi probabilmente all'ulcera, pur senza poterlo affermare con sicurezza. Soltanto nel 3 % la preesistenza di pirosi e di dolori gastrici che si calmavano con l'ingestione di alimenti o di alcalini e l'eventuale presenza di gastrorragie o melena davano una certa probabilità alla diagnosi di ulcera preesistente, la quale poteva poi essere stata duodenale anzichè gastrica.

Su molte centinaia di infermi osservati con ulcera gastrica ebbe occasione di notare ulteriormente segni di cancro soltanto in tre.

fil.

L'enfisema sottocutaneo, segno di perforazione gastrica o duodenale.

F. Vigyazò (*Zblatt f. Chirurgie*, 12 febbraio 1926) riporta l'osservazione di un caso in cui i consueti sintomi impressionanti della perforazione mancavano. Un uomo di 42 anni era stato preso da violenti dolori alla regione epigastrio-ombelicale, senza vomito, nè singhiozzo, nè meteorismo; temperatura 37°.2, polso 86, pieno. Particolare sintomo, si rilevò un enfisema sottocutaneo nelle sezioni dolorose che si estendeva fino alla regione ileo-cecale. L'enfisema andava crescendo di ora in ora e, quindi, il malato venne ricoverato all'ospedale ed operato.

Si trovò l'appendice integra, mentre fu trovata una perforazione duodenale di piccola dimensione, che fu trattata con le consuete norme operatorie; si ebbe completa guarigione.

L'A. addita pertanto questo segno che può aiutare la diagnosi, specialmente quando la perforazione è di piccole dimensioni, sì da non determinare la classica sindrome.

fil.

I risultati della gastrectomia nel cancro dello stomaco.

In una serie di 100 gastrectomie per cancro dello stomaco, H. Hartmann (*Bull. de l'Académie de méd.*, 1926, n. 44) ha osservato che non si sono avute recidive nel 35 %, durante un periodo di tempo variabile da uno a 26 anni. Tenendo conto soltanto delle osservazioni durate 3 anni, la mancata recidiva si è osservata nel 30 % dei casi. I risultati di altre cliniche danno la sopravvivenza

per 3 anni in proporzioni variabili da 26 a 37 % dei casi.

Secondo l'A., il 93 % delle recidive si ha nei primi due anni. Non si può trarre nessuna conclusione dalla presenza o meno di acido cloridrico libero per sospettare la possibilità di una recidiva, sebbene altri ritengono che l'acloridria indica la probabilità di recidiva.

fil.

Colite grave.

La colite grave è un'affezione infiammatoria della mucosa del colon; sono molto frequenti erosioni ed ulcerazioni, esse però rappresentano soltanto uno stadio del processo, stadio che può talvolta mancare: perciò la denominazione « colite grave » si deve preferire a quella di « colite ulcerosa ». Il colon ammala in tratti più o meno estesi e con intensità diversa da caso a caso: di solito la flessura sigmoidea è la parte più ammalata. La malattia si osserva spesso tra i 20 e i 40 anni; l'inizio è di solito subdolo. Dolori addominali, diarrea con feci contenenti pus e sangue, elevazioni termiche, anemia ed indebolimento progressivo caratterizzano la malattia. La rettoscopia (per escludere il carcinoma, la gonorrea, ecc.) e l'esame roentgenologico assicurano la diagnosi nei casi dubbi in cui manchino alcuni dei sintomi principali, p. es. la febbre e l'astenia. Kuttner (*D. Med. Wochenschr.*, n. 42, 1926) crede che la colite grave abbia rapporti con la dissenteria bacillare: i sintomi clinici ed il reperto anatomico sono gli stessi, nè sono criteri sufficienti per escludere la natura dissenterica della colite grave, il suo inizio subdolo e il differente reperto batteriologico. Infatti è possibile che dopo un certo tempo non siano più dimostrabili nelle lesioni della mucosa gli agenti morbosi originarii, sostituiti da streptococchi, stafilococchi ed altri germi di infezione secondaria.

Invece secondo Rosenheim (*D. Med. Wochenschr.*, n. 42, 1926) la malattia sarebbe primitivamente determinata da germi endogeni (coli, streptococchi, ecc.), germi che diventerebbero patogeni in seguito ad errori dietetici oppure per cause costituzionali (costituzione nervoso-anemica nella maggior parte degli individui affetti da colite grave). La prognosi della malattia è grave; la guarigione è possibile solo nei casi leggeri e bene curati. La cura consiste principalmente nella dieta (dieta mista, prevalentemente vegetariana, che venga tutta utilizzata nelle parti alte dell'intestino), nel riposo a letto, nell'evacuazione regolare dell'intestino (olio di ricino, clisteri di camomilla o soluzione fisiologica). L'addome ed i piedi devono essere tenuti caldi. Se la cura medica risulta inefficace e le condizioni del paziente diventano gravi, si deve ricorrere alla terapia chirurgica; naturalmente senza aspettare che lo stato generale peggiori tanto da rendere pericoloso l'intervento per se stesso. La cura chirurgica consiste nel praticare una fistola (all'appendice o al cieco), un ano contro natura (al colon o all'ileo), attraverso cui poter derivare le feci ed irrigare l'intestino ammalato. Liberato dal passaggio delle feci e medicato per via ascendente dal petto e per via discendente dalla fistola, il colon in molti casi guarisce, però la chiusura della fistola è spesso seguita da recidive. Neppure con l'ano preternaturale si ottiene di solito la restitutio ad integrum, tanto da poter poi ripristinare l'ano normale; in molti casi poi la guarigione anatomica delle ulcerazioni determina tali processi di raggrinzimento, e di stenosi da rendere impossibile il ripristino della circolazione fecale normale.

POLLITZER.

Cura delle diarree dei tubercolotici e dell'enterite bacillare con lo stovarsolo e treparsolo.

Le diarree dei tubercolosi sono dovute a cause variabili: a fianco delle enteriti tubercolari o della diarrea sintomatica di una degenerazione amiloidea, i bacillari possono essere colpiti da enteriti acute o croniche non specifiche, le quali possono aver per causa banale un'infezione, un parassita, gli alimenti, ecc., non cessando per altro dall'essere una grave complicazione per i tubercolosi. I comuni mezzi sono inefficaci nella lotta contro l'enterite bacillare: Rist, Ravina ed altri preconizzarono le iniezioni intravenose di cloruro di calcio: il metodo si è mostrato utile (anche nelle mani di osservatori italiani) però può esporre il p. a gravi incidenti se l'iniezione non è perfetta. L. Bernard, Salomon, Thomas (*Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1925, n. 10) hanno curato delle diarree di tubercolosi con lo stovarsolo ed il treparsolo: ad essi è sembrato quasi costante un esito favorevole: miglioramento della diarrea, cessazione dei dolori addominali, diminuzione dell'anoressia. Dopo la cessazione del trattamento riappare la diarrea ed allora dopo un certo riposo si può riprendere la cura. Al di fuori della loro azione antidiarroica, lo stovarsolo ed il treparsolo non sembrano aver avuto influenza sullo stato generale. Degno di nota è, secondo gli AA., la dissociazione fra l'azione utile del medicamento contro la diarrea, e la persistenza dell'evoluzione dei sintomi polmonari.

Particolarmente efficace si mostrò l'azione dei due arsenicali nelle diarree non bacillari in tubercolosi, con evidente azione sui Balantidium,

sulle Lamblie e sulle loro cisti. Curativi dunque nelle diarree banali o parassitarie, questi arsenicali sono degli eccellenti palliativi nell'enterite bacillare: l'azione antitubercolare è invece nulla. In ogni modo l'arsenico pentavalente si dimostra innocuo mentre negli stessi bacillari i derivati organici correntemente adoperati in Clinica (cacodilato, arrenale, ecc.) hanno azione congestiva e spesso pirogena.

MONTELEONE.

L'appendicite sinistra.

Esiste la possibilità che, per particolari anomalie di posizione dell'organo, i fenomeni dell'appendicite si presentino esclusivamente o con sensibile preponderanza nella fossa iliaca sinistra. Le difficoltà diagnostiche, di fronte a questi fatti, sono evidentemente gravi, talora insormontabili, per cui facili sono gli errori a cui può andare incontro il medico che non pensi a tale possibilità.

I casi finora descritti sono abbastanza rari. La denominazione di appendicite sinistra va riservata: 1) ai casi di *situs viscerum inversum* (evenienza assai rara); 2) a quelli di ectopia cieco-appendicolare nella fossa iliaca sinistra (cieco abnormemente mobile); 3) a quelli in cui l'appendice, avendo direzione orizzontale, l'apice di essa raggiunge la fossa iliaca sinistra ed il processo si limita all'apice stesso. Quest'ultima condizione si verifica quasi esclusivamente nell'infanzia; la seconda è la più frequente.

In un caso riferito da Milone Sebastiano (*Minerva medica*, 31 luglio 1926), la sintomatologia presentata dal malato all'inizio era tale da giustificare il sospetto del primo medico che lo visitò, di un'occlusione intestinale probabilmente da fecaloma; da ciò la somministrazione di purganti con grave pericolo per il paziente. La difficoltà della diagnosi era anche aggravata dal fatto che il paziente aveva 20 anni mentre i casi riportati nella letteratura riguardano quasi esclusivamente ragazzi da 6 a 12 anni.

Con l'attenuarsi dei fenomeni peritonitici acuti, comparve il punto doloroso di Mac Burney, ciò che rese possibile la diagnosi. Si intervenne dopo cessata la febbre e si trovò che l'appendice aveva direzione latero-mediana orizzontale ed, attraversando la linea mediana sopra la vescica, si portava verso la fossa iliaca sinistra. L'apice dell'appendice aderivà tenacemente in profondità con il peritoneo parietale della fossa iliaca sinistra e con il sigma. Si ebbe esito in guarigione.

La comparsa del punto doloroso a destra può spiegarsi, sia con la propagazione del processo infiammatorio, sia con la teoria di Head della simpatia reflessa a disposizione segmentaria fra gli organi interni e la superficie cutanea.

fil..

Il trattamento dell'appendicite.

P. Clairnunt e M. Muyer (*Acta chir. scandinava*, 1926, n. I-II) pubblica per esteso le osservazioni sopra 1594 casi osservati dal 1919 al 1925. Nella appendicite cronica (415 casi) si ebbe una mortalità del 0,24 %.

I casi di A. acuta sono suddivisi in 4 gruppi:

1) forma catarrale, ulcerosa, purulenta e gangrenosa senza perforazione, cioè casi senza complicazioni. Numero totale 864 con 4 morti (0,46 %);

2) ascessi con perforazione: 172 casi con 7 morti (4,07 %);

3) ascessi appendicolari: 65 casi con 11,5 % di morti. Gli AA. descrivono gli ascessi dell'angolo epatico e retromesenterici, finora poco considerati nella letteratura;

4) peritonite diffusa: 81 casi con il 37 % di morti.

Le cause di morte furono; nell'11 % peritonite, nel 10 % setticemia e nell'8 % trombosi della porta. Le complicazioni più frequenti furono l'ileo, gli ascessi secondari e le fistole fecali.

Gli AA. operano tutti i casi nelle prime 48 ore. Non sono partigiani del drenaggio e praticano la sutura della parte addominale anche nei casi di essudati infettati e di peritonite purulenta, dopo aver aspirato e prosciugato il pus. Applicano il drenaggio soltanto nei casi di ascessi circoscritti, specialmente se retrocecali.

fil.

Ostruzione intestinale da ascaridi dopo somministrazione di santonina.

O. Moss (*Journ. A. M. A.*, 1924, p. 1442) ne ricorda due casi nei quali si dovette intervenire chirurgicamente. In entrambi i casi era stata somministrata una forte dose di santonina. Egli pensa che sarebbe forse meglio somministrarne dosi minori e ripetute per evitare la morte o l'immobilizzazione contemporanea di gran numero di ascaridi.

DORIA.

SEMEIOTICA.

La presenza di acetone nel liquido cefalo rachidiano dei fanciulli.

La questione della presenza di acetone nel liquido cefalo-rachidiano dei bambini si riconnette a quella dei vomiti periodici con acetonemia.

Tale sindrome, le cui prime osservazioni risalgono al 1840, fu descritta in modo completo da

Marfan, il quale, per primo, mise in evidenza il rapporto che esiste tra l'eliminazione di acetone e il vomito ciclico.

La questione patogenetica del disturbo non è del tutto risolta, perchè se da un lato non si può togliere la giusta importanza al fegato, quale produttore di sostanze chetogeniche, dall'altro lato non si può escludere del tutto che ci si trovi in presenza di un'alterazione del metabolismo dei grassi, per la quale si produrrebbe una sostanza emetizzante e generatrice di acidi grassi in eccesso.

Studiando le forme cliniche dei vomiti acetonemici, Marfan mise in rilievo come si accompagnino a cefalea e a convulsioni, equivalenti di uno strato meningeo, ma non descrisse delle vere e proprie forme di meningite.

Fu invece Nobécourt che nel 1924 credette di poter individualizzare una forma di encefalo-meningite che presenterebbe molti punti di contatto coi vomiti ciclici.

In una tesi di Membrat di Bordeaux, pubblicata poco dopo, si va oltre, caratterizzando tale forma dalla costante presenza di acetone nel liquido cefalo-rachidiano.

La questione viene ora ripresa da A Deshous (*Bull. de la Soc. Med. et Biol. de Montpellier*, agosto 1926).

Le ricerche sono state fatte con la reazione di Frommer-Emilevicz, secondo la tecnica di Derrien: si versano in una provetta piccola 2 cent. cubici di liquor e 2-3 goccie di sol. di aldeide salicilica a 1:10 nell'alcool etilico a 95°, si agita, si fa cadere nel fondo una pastiglia di potassa caustica e si riscalda a temperatura non superiore a 70°. Se il liquido contiene acetone, al disopra della potassa apparisce un anello rosso.

L'A. prende in considerazione i casi fino ad ora pubblicati di meningiti di varia natura, accompagnati da acetonorrachia. Riporta poi 3 casi inediti, uno di meningite tubercolare, uno di meningite secondaria ad otite, ed uno di meningite luetica. In tutti e tre fu possibile dimostrare nettamente la presenza nel liquor di acetone; ma, quello che è importante, questo non comparve che allorquando si stabilì un digiuno idrocarbonato. E lo stesso fatto caratterizza l'acetonorrachia comparsa negli altri casi precedenti.

La patogenesi del fenomeno è dunque analoga a quella che sembra fino ad ora spiegarci l'acetonemia di vari stati morbosi. Non si può perciò accordare un'importanza eccessiva alla presenza di acetone nel liquor di meningitici, nè si è autorizzati a parlare di una speciale forma di meningite acetonemica.

M. FABERI.

VARIA.

I serpenti velenosi dell'Eritrea.

I serpenti velenosi rappresentano una grave piaga dei paesi caldi; basti pensare ai 20-22 mila morti annui che essi provocano nelle penisole dell'India, oltre ai danni economici per la morte del bestiame. In Africa, pure essendovi numerosissimi serpenti velenosi, i danni dell'ofidismo non appaiono altrettanto rilevanti sia perchè la densità della popolazione è minima, sia perchè mancano statistiche relative ai casi di morsicatura. Ciò non toglie che il grave pericolo esista e che il medico ne debba avere un'esatta conoscenza che, purtroppo, non può farsi sui consueti manuali di patologia esotica nei quali l'ofidismo è spesso trattato in modo praticamente inutilizzabile.

G. Provera, che in sette anni di esercizio professionale in Eritrea ha avuto agio di studiare frequentissimi casi di morsicatura di serpenti, in un lavoro corredato anche da diverse figure (*La Medicina italiana*, 1926, nn. 2-3) dà un ampio e preciso resoconto dell'ofidismo nell'Eritrea, con osservazioni personali originali. Egli ha anche studiato sperimentalmente l'azione del veleno sulle scimmie, dopo avere isolate le ghiandole velenose, ed il suo lavoro, oltre all'interesse che desta, può anche essere praticamente utile per chi eserciti in quei paesi.

L'Eritrea è abitata da numerose specie di serpenti che vi trovano le condizioni di vita favorevoli al loro sviluppo; essi sono tanto temuti dagli indigeni che ogni qualvolta questi avvertono qualche puntura ai piedi nelle loro peregrinazioni, si dispongono senz'altro a morire. I serpenti mordono più spesso nelle ore della sera e della notte e specialmente durante le stagioni delle pioggie.

Fra i tipi più comuni, è da menzionare l'*Echis carinatus*, la vipera delle piramidi, assai frequente anche in Egitto, dove le popolazioni ricorrono agli incantatori (Psilli) per liberarsene; e l'abilità di questi Psilli è tale che essi stessi introducono tali serpenti dietro ai mobili e negli angoli oscuri delle abitazioni senza che nessuno se ne avveda e poi dichiarano alle famiglie inorridite che nella loro casa si annidano dei serpenti che essi sapranno snidare, realizzando con tali trucchi lauti guadagni. Da uno di questi Echis in stato di agonia, l'A. ha fatto pungere una scimmia che, con frequenti colpi di tosse insistente, vomiti incoercibili, stato soporoso intenso ed algidismo venne a morte in un'ora e mezza. Alla necroscopia si riscontrò: anse intestinali

bluastre e fortemente distese, fegato, reni, milza, anemizzati, edema polmonare, cuore in diastole ripieno di sangue fluido; vasi della pia fortemente turgidi ed iniettati, sostanza bianca del cervello pastosa, succulenta e sostanza grigia cosparsa di emorragie puntiformi.

Un'altra specie, di cui la morsicatura è generalmente mortale, è il *Bitis arietans* che miete vittime specialmente fra i bambini i quali con i loro gesti inconsulti e colle grida di terrore favoriscono l'assalto brusco del serpente spaventato. Questo ama le regioni sabbiose o rocciose e caccia piccoli mammiferi durante la notte; il suo veleno ha proprietà neurotossiche, emorragiche, coagulanti e proteolitiche assai marcate.

La più temuta delle vipere è però la *Vipera aspis*, molto diffusa presso Saati, Sabargumma e Ghinda; essa entra nelle abitazioni ed è quella che, nel bassopiano di Massaua, miete annualmente il maggior numero di vittime. L'introduzione sottocutanea di una piccola dose di veleno provoca dapprima aumento nel numero e nell'ampiezza delle respirazioni, che in seguito si rallentano e si fanno meno ampie, in contrasto con il polso che diventa rapido ed impercettibile. Tuttavia è la respirazione che si arresta per la prima, mentre il cuore pulsa ancora fino a 10 minuti dall'arresto del respiro. Degna di nota è l'ipotermia rapida ed intensa.

Questa vipera fa anche molte vittime fra il bestiame; le vacche e le capre che sopravvivono all'intossicazione emettono per più giorni latte sanguinolento ed hanno ematuria imponente. Negli individui che sono sottratti alla morte, si hanno come postumi linfangiti, adeniti, cicatrici retraenti, ascessi, fistole, amaurosi, paralisi; solo raramente si ha anemia che porta ad un vero stato cachettico.

Degno di nota è l'apparecchio inoculatore del genere *Atractaspis*, in cui i denti velenosi sono straordinariamente sviluppati e di tale lunghezza che esso non può aprire sufficientemente la bocca fino al punto che essi possano raddrizzarsi. I denti sono ricoperti da tessuto mucoso, propaggine della mucosa gengivale. In due indigeni morsicati da tale serpente (di cui esistono 20-24 varietà), l'A. ha notato temperatura febbrile (fatto eccezionale perchè il veleno dei viperidi è solitamente ipotermogeno); in uno i fatti infiammatori scomparvero dopo 48 ore, nell'altro invece si protrassero con esito in necrosi vastissima e con pericolo di vita. Negli ammalati che guariscono, si hanno spesso esiti in ulceri, piaghe, deformazioni ributtanti ed ingrossamenti elefantiasici.

Interessante è il conoscere che vi sono serpenti i quali, oltre ad inoculare il veleno con l'infissione del dente, lo espellono anche come un vero sputo, particolarmente durante i periodi di eccitazione. Questo modo di avvelenamento a distanza si osserva nel genere *Sepedon;* il getto di saliva che viene eliminato durante una espirazione forzata con un sibilo speciale può essere ripetuto a brevi intervalli e, se arriva agli occhi, provoca congiuntiviti molto intense che però raramente passano ad esiti gravi.

La morsicatura di questo serpente provoca anzitutto un dolore vivissimo a cui seguono fenomeni infiammatori locali, con formazione di flittene e fatti necrotici. Si ha poi sonnolenza, lipotimia, indebolimento di tutti i reflessi, ipotermia notevole, nausea e vomito. Da mettersi in particolare rilievo è la tosse spasmodica, dovuta ad una rapida ed intensa iperemia bronchiale, fenomeno che viene generalmente trascurato e che l'A. ritiene come sintomo sicuro dell'ofidismo. Si hanno congestioni renali; i fenomeni di paresi che si iniziano agli arti inferiori si diffondono a tutto il corpo, si ha un edema acuto della lingua e della laringe ed in un tempo variabile da mezz'ora a sei ore segue la morte.

L'A. descrive poi altre specie di serpenti, fra cui le Naie, una delle quali, la *Naia tripudians*, sarebbe stata secondo alcuni quella che avrebbe dato la morte di Cleopatra. È questo uno dei serpenti più temuti per la morsicatura, quasi sempre mortale ed è esso uno di quelli preferiti per l'addomesticamento dagli incantatori di serpenti che gli fanno eseguire a suon di musica diversi movimenti cadenzati. Fornisce una grande quantità di veleno ed è esso quindi uno dei serpenti più usati per lo studio della intossicazione ofidica.

Molte leggende si sono formate sui serpenti e sugli incantatori i quali possiedono, a quanto si dice, un preparato segreto a base di erbe che li renderebbe immuni; anche le così dette « pietre dei serpenti » avrebbero lo stesso scopo e sarebbero dei pezzi di calcare poroso o di osso ben decalcificato che premuti contro la ferita debitamente legata, assorbirebbero il veleno ed impedirebbero la comparsa di fenomeni gravi.

Altri interessanti particolari sulla biologia dei serpenti, molti dei quali frutto di osservazioni originali, contiene lo studio dell'A. al quale rimandiamo quanti si occupano dell'importante argomento.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Norme della legge di sicurezza pubblica concernenti la sanità.

È stato pubblicato nel n. 257 della *Gazzetta Ufficiale* il r. d. 6 novembre 1926 n. 1848 che approva il t. u. delle leggi di P. S. Crediamo opportuno segnalare alcune disposizioni che possono interessare dal punto di vista sanitario.

INDUSTRIE PERICOLOSE.

Art. 63. — Le manifatture, le fabbriche e i depositi di materie insalubri o pericolose possono stabilirsi ed esercitarsi soltanto nelle località e con le condizioni determinate dai regolamenti locali. In mancanza del regolamento il Podestà provvede sulla domanda degli interessati.

Gli interessati possono ricorrere al Prefetto, che provvede sentito il C. P.S. e, se del caso, l'ufficio del genio civile.

Art. 64. — Il Prefetto, sentito il parere del C. P. S. o dell'ufficio del genio civile, può, anche in mancanza di ricorso, annullare il provvedimento del Podestà che egli ritenga contrario alla sanità o alla sicurezza pubblica.

Art. 65. — L'esercizio di professioni o mestieri rumorosi deve sospendersi nelle ore determinate nei regolamenti locali o dalle ordinanze municipali.

ESERCIZI PUBBLICI.

Art. 84. — Non possono esercitarsi, senza licenza dell'autorità di P. S. del circondario, alberghi, compresi quelli diurni, locande, pensioni, trattorie, osterie, caffè nè altri esercizi in cui si vendano al minuto o si consumino vino, birra, liquori ed altre bevande anche non alcooliche nè sale pubbliche, ecc., ecc. La licenza è necessaria anche per lo spaccio al minuto o il consumo di vino, birra, o qualsiasi bevanda alcoolica presso enti collettivi o circoli privati di qualunque specie, ancorchè la vendita o il consumo siano limitati ai soli soci.

Art. 85. — È vietata la vendita ambulante di bevande alcooliche di qualsiasi gradazione.

Art. 86. — È vietata senza speciale autorizzazione del Prefetto la vendita nei pubblici esercizi delle bevande alcooliche, che abbiano un contenuto in alcool superiore al 21 % del volume. I contravventori sono puniti a termine del codice penale; la condanna ha per effetto la sospensione dall'esercizio. Nel caso di recidiva la sospensione è applicata provvisoriamente, per ordine del giudice, prima che la sentenza di condanna divenga irrevocabile.

Art. 88. — Le domande della licenza e dell'autorizzazione sono presentate al Podestà e devono essere sottoposte al parere dell'uffciale sanitario comunale.

Art. 89. — Senza il parere di una speciale Commissione Provinciale non possono essere date licenze per esercizio di vendita al minuto o consumo di bevande alcooliche di qualsiasi gradazione, nè le speciali autorizzazioni previste nell'art. 86.

Art. 90. — Oltre a quanto è previsto nell'art. 10, la licenza di esercizio pubblico e l'autorizzazione di cui all'art. 87, non possono essere date a chi sia stato condannato per reati contro il buon costume o contro la sanità pubblica o per giuochi d'azzardo o per ubbriachezza o per infrazione alla legge sul lotto o per abuso di sostanze velenose aventi azione stupefacente.

Art. 95. — La vendita delle bevande alcooliche aventi un contenuto di alcool superiore al 21 % del volume è vietata nei giorni festivi e in quelle di elezioni pubbliche.

Art. 99. — È vietata ai pubblici esercenti di somministrare bevande alcooliche di qualsiasi specie ai minori di 16 anni e alle persone che appariscano in istato di ubbriachezza o comunque in stato anormale di mente.

Art. 102. — È vietato di corrispondere in tutto o in parte mercedi o salari in bevande alcooliche di qualsiasi specie.

Art. 103. — Sono vietate la fabbricazione, l'importazione nel regno, la vendita in qualsiasi quantità e il deposito per la vendita del liquore denominato in commercio « assenzio ». Sono escluse da tale proibizione le bevande che avendo un contenuto alcoolico inferiore al 21 % del volume, contengano dell'infuso di assenzio come sostanza aromatica senza pregiudizio di quanto è stabilito nelle leggi sanitarie.

Art. 104. — Con decreto reale, su proposta dei ministri per l'interno e per le finanze, ed inteso il parere del Consiglio superiore di sanità, sarà provveduto alla formazione e pubblicazione dell'elenco delle sostanze ed essenze nocive alla salute, che è vietato di adoperare, o che si possono adoperare soltanto in determinate proporzioni, nella preparazione delle bevande alcooli-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

che. Tale elenco deve essere riveduto ogni biennio. Salvo le disposizioni delle leggi sanitarie e del codice penale, i contravventori sono puniti con l'ammenda da lire 100 a lire 1000, oltre alla confisca delle bevande, che saranno distrutte.

AVVISI AL PUBBLICO.

Art. 113. — Sono considerati offensivi della morale e del buon costume gli scritti, stampati, incisioni, litografie, figure, disegni, iscrizioni, oggetti di plastica o di altro genere che divulgano mezzi di impedire la fecondazione o di interrompere la gravidanza, ne illustrano l'impiego o forniscono comunque indicazioni sul modo di procurarseli o di servirsene, ancorchè ciò sia fatto in forma indiretta o simulata o sotto il pretesto terapeutico o scientifico.

Art. 115. — È vietata l'inserzione, nei giornali o altri scritti periodici, di avvisi o corrispondenze di qualsiasi genere che si riferiscano ai mezzi di prevenire la fecondazione o d'interrompere la gravidanza, ancorchè in forma indiretta o simulata o sotto il pretesto terapeutico o scientifico, nonchè di quelli relativi a corrispondenze amorose.

DENUNZIE.

Art. 154. — Agli effetti della vigilanza dell'autorità di pubblica sicurezza, gli esercenti la professione di medico chirurgo sono obbligati a denunciare all'autorità locale di pubblica sicurezza, entro due giorni, le persone affette da malattia di mente, pericolose a sè stesse o ad altri, alle quali essi abbiano prestato l'opera loro o delle quali siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione. L'obbligo si estende anche per le persone che risultano affette da cronica intossicazione prodotta da alcooi o da altre sostanze inebbrianti o stupefacenti.

ASSOCIAZIONI.

Art. 216. — Senza pregiudizio delle sanzioni di cui all'art. 214, i funzionari, impiegati ed agenti civili e militari di ogni ordine e grado dello Stato ed i funzionari, impiegati ed agenti delle provincie e dei comuni, o di istituti sottoposti per legge alla tutela dello Stato, delle provincie e dei comuni, che appartengono anche in qualità di semplice socio ad associazioni, enti od istituti costituiti nel regno o fuori, ed operanti, anche solo in parte, in modo clandestino od occulto, o i cui soci sono comunque vincolati dal segreto, sono destituiti o rimessi dal grado e dall'impiego o comunque licenziati.

« I funzionari, impiegati, agenti civili e militari suddetti, sono tenuti a dichiarare se appartengono anche in qualità di semplici soci ad associazioni, enti od istituti di qualunque specie costituiti od operanti nel regno o fuori, al Ministro nel caso di dipendenti dello Stato ed al prefetto della provincia in tutti gli altri casi, qualora ne siano specificatamente richiesti.

« I funzionari, impiegati agenti civili e militari suddetti, che non ottemperino a tale richiesta entro due giorni dalla notificazione, incorrono nella sospensione dallo stipendio per un tempo non inferiore a quindici giorni e non superiore a tre mesi. Ove siano date scientemente notizie false od incomplete, la pena è della sospensione dallo stipendio non inferiore a sei mesi ».

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**
Professore di Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica nella R. Università di Pisa

Il fascicolo 1 (Gennaio 1927) contiene:

Osservazioni di clinica: F. BRUNETTI: Linfogranulomatosi del cavo nasofaringeo.

Raccolta di fatti: G. FERRERI: Osteomielite purulenta acuta del temporale da proiettile rimasto infisso nella rocca per 18 anni. Estrazione. Contributo alla chirurgia del temporale per colpi d'arma da fuoco nell'orecchio.

Pratica ospedaliera: V. UTILI: Un caso di tumore dell'ipofisi trattato con la radioterapia.

Terapia: L. CASTELLANI: La cura stomosinica della tubercolosi laringea.

Ricerche di laboratorio: I. - G. DONADEI: La resistenza globulare nell'ozena. — II. - F. CAMPO: Sul comportamento delle tonsille palatine in seguito all'asportazione delle capsule surrenali.

Recensioni: Un caso di metastasi ossea di adenocarcinoma a tipo tiroideo. — Cisti branchiale epidermoide. — Osservazioni sulla deviazione del complemento nelle micosi sperimentali. — Sulla efficacia della anidride arseniosa per la cura del cancro della pelle. — Contributo anatomico alla conoscenza delle « morti timiche ». — Fibro-mixoma del faringe. — Sopra un caso di turricefalia. — La stomosinoterapia in oto-rino-laringoiatria. — Sulle terminazioni nervose motrici nei muscoli laringei. — Di un caso di tiroidite eredoluetica. — Contributo alla casistica della sindrome di Mikulicz. — Sulle dilatazioni dell'esofago. — Singhiozzo epidemico ed encefalite. — Su di un caso di insufficienza pluriglandolare con distruzione completa dell'apparato dentario. — Su di una sindrome rara di paralisi associata ai nervi cranici dovuta a tabe dorsale. — Ancora un caso di calcolosi salivare. — L'innesto tiroideo. — Le pseudodifteriti. — L'adenoma della lingua. — Cisti paradentarie del mascellare superiore e loro importanza nel campo rinologico.

La nota storica: C. BRUZZONE: Vittorio Colomiatti, otologo.

Notizie e questioni.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a « Il Valsalva » si concedono le intere annate 1925 e 1926 del periodico stesso, per sole L. **40** se in Italia e per sole L. **65** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Disposizioni concernenti l'istruzione superiore.

(Continuaz. e fine; vedi fasc. precedente).

Art. 8. — A chiunque ricopra ufficio comunque retribuito a carico del bilancio dello Stato o di altro pubblico ente non può essere affidato più di un incarico d'insegnamento retribuito.

Ai professori di ruolo delle Università e degli Istituti superiori non possono, di regola, essere conferiti incarichi d'insegnamento e supplenze retribuiti nella propria Facoltà o Scuola.

Ogni volta che si renda necessaria una deroga a tale norma, l'incarico potrà essere consentito dal Ministro previo parere del Consiglio superiore della pubblica istruzione: trattandosi di supplenze basterà il consenso del Ministro.

Nulla è innovato alle altre disposizioni contenute nell'art. 17 del R. decreto 4 settembre 1925, n. 1604.

Quando trattisi d'incarichi d'insegnamenti da impartirsi presso Istituti militari nell'interesse della difesa dello Stato, può, con autorizzazione del Ministro, derogarsi alle disposizioni del presente articolo e a quelle dell'art. 17 del R. decreto 4 settembre 1925, n. 1604.

Art. 12. — Ai fini del collocamento nei quadri di classificazione degli stipendi e con effetto dal 1° ottobre 1926, i professori che anteriormente al 1° dicembre 1924 abbiano prestato servizio di ruolo nelle Università libere di Camerino, Ferrara, Perugia e Urbino, e anteriormente alla data stessa siano stati assunti nei ruoli dei professori universitari, hanno diritto, quando percepiscano i loro emolumenti a carico dello Stato, ad aver computato tale servizio come se fosse stato prestato nel ruolo dei professori universitari.

Coloro che, per effetto di precedenti disposizioni, abbiano ottenuto vantaggi in dipendenza del suddetto servizio, potranno optare fra tali vantaggi e quelli derivanti dal presente articolo, ma non potranno cumulare gli uni agli altri vantaggi.

Art. 13. — All'art. 8 del R. decreto 4 settembre 1925, n. 1604, sono aggiunti i seguenti commi:

« Tuttavia le altre Università e gli altri Istituti superiori che si valessero dell'esito del concorso debbono rimborsare all'Università o all'Istituto superiore che ha sostenuto la spesa una quota corrispondente al totale della spesa stessa diviso per il numero degli eleggibili.

« In caso di annullamento degli atti di concorso, la spesa è a carico del bilancio dello Stato ».

Art. 14. — L'abilitazione alla libera docenza può essere concessa dal Ministro a coloro che sono riusciti in una terna di concorso a cattedre universitarie, per la materia oggetto del concorso stesso.

Art. 15. — L'anno accademico si inizia con il 16 ottobre ed ha termine con il 15 ottobre dell'anno successivo.

L'anno finanziario per le Università e gli Istituti superiori coincide con l'anno accademico.

Art. 16. — Ferma restando la disposizione dell'art. 57 del R. decreto 4 settembre 1925, n. 1604, gli studenti di cittadinanza straniera, i quali appartengano a famiglie residenti all'estero, sono esonerati dal pagamento di metà di tutte le tasse e sopratasse scolastiche, ma sono tenuti al pagamento dei contributi di qualsiasi natura.

Nulla è innovato alle disposizioni del R. decreto-legge 7 gennaio 1926, n. 135.

Art. 17. — La laurea *ad honorem* può essere conferita soltanto a persone che, per opere compiute o per pubblicazioni fatte, siano venute in meritata fama di singolare perizia nelle discipline della Facoltà per cui è conceduta.

La deliberazione della Facoltà, che conferisce la laurea *ad honorem* deve essere presa con la maggioranza di due terzi dei voti ed approvata dal Ministro per la pubblica istruzione.

La laurea *ad honorem* attribuisce tutti i diritti delle lauree ordinarie.

I laureati *ad honorem* possono, inoltre, essere iscritti, senza limitazione e senza bisogno di ulteriori esami, nè di ulteriore pratica o esercizio professionale, negli albi delle professioni, per le quali è richiesta la laurea ottenuta.

Art. 18. — È abrogato l'art. 2 del R. decreto 10 novembre 1924, n. 2235.

L'art. 4 del predetto decreto è sostituito dal seguente:

« Al Consiglio superiore della pubblica istruzione, ogni qualvolta è chiamato a pronunciarsi su oggetti attinenti alla Regia scuola di architettura di Roma o ad esercitare le attribuzioni relative a domande di abilitazione alla libera docenza in materie riconosciute attinenti all'ordinamento della Scuola stessa, si aggrega un componente del Consiglio superiore per le antichità e belle arti, designato dal Ministro per tutto il periodo di tempo durante il quale il designato medesimo fa parte del predetto Consiglio superiore.

Art. 19. — I membri del Consiglio superiore della pubblica istruzione che, senza giustificato motivo, non intervengano a cinque sedute consecutive, decadono dalla carica.

Art. 20. — In casi di urgenza, di cui è giudice il Ministro, la Giunta del Consiglio superiore di pubblica istruzione può deliberare su questioni che normalmente sono di competenza del Consiglio plenario.

Art. 22. — Il posto di professore di ruolo presentemente disponibile nella Facoltà di medicina e chirurgia della Regia Università di Roma è assegnato all'insegnamento della semeiotica medica.

Entro due mesi dalla pubblicazione del presente decreto, il Ministro per la pubblica istruzione ha facoltà di nominare professore stabile di semeiotica medica al posto medesimo, persona che egli ritenga particolarmente competente nella detta disciplina.

Art. 23. — Il termine per l'approvazione degli

statuti definitivi delle Regie Università e dei Regi Istituti superiori è protratto al 30 novembre 1926.

Tuttavia con ordinanza del Ministro per la pubblica istruzione potrà essere prorogata per tutto l'anno accademico 1926-27 l'applicazione di statuti provvisoriamente approvati per gli anni 1924-25 e 1925-26. Con l'ordinanza che proroga l'applicazione degli statuti di cui al presente comma potranno essere introdotte variazioni negli statuti stessi.

Per la Regia Università di Perugia lo statuto approvato con R. decreto 30 novembre 1924, numero 2161, avrà vigore per l'anno accademico 1926-27, salvo eventuali variazioni, che potranno apportarsi con ordinanza ministeriale.

Art. 24. — Per l'anno accademico 1926-27 la decorrenza delle nuove nomine per effetto di concorsi a cattedre già banditi potrà essere protratta al 1° gennaio 1927.

Parimenti la decorrenza dei trasferimenti dei professori potrà essere protratta alla data medesima, ma le deliberazioni relative delle Facoltà e Scuole dovranno essere prese entro il 15 dicembre 1926.

Per i concorsi a cattedre da bandirsi nell'anno accademico 1926-27 potranno farsi proposte fino al 30 novembre 1926.

Art. 27. — Gli attuali professori stabili delle libere Università di Camerino, Ferrara, Urbino e della Regia Università di Perugia, purchè proposti dalle competenti Facoltà o Scuole col voto favorevole di due terzi almeno del numero dei professori di ruolo che vi appartengono e previo parere favorevole del Consiglio superiore della pubblica istruzione, potranno essere trasferiti ad altra Università o Istituto superiore Regio o libero per la stessa materia di cui sono titolari, anche se non siano compresi in graduatoria di concorsi a cattedre a norma di quanto prescrive l'art. 52 del R. decreto 4 settembre 1925, n. 1604.

Art. 28. — Coloro che abbiano appartenuto al ruolo dei professori universitari governativi, qualora abbiano comunque cessato dall'ufficio, e siano stati successivamente nominati professori di ruolo nel ruolo medesimo, hanno diritto ad aver computato, agli effetti degli stipendi, con le norme relative all'inquadramento dei professori universitari, il servizio prestato anteriormente alla cessazione dall'ufficio con effetto dal giorno in cui i professori predetti sono stati riassunti in ruolo.

La presente disposizione si applica solo ai professori in servizio alla data di pubblicazione del presente decreto.

Art. 29. — Alla data di applicazione del presente decreto gli attuali Consigli di amministrazione delle Regie Università e dei Regi Istituti superiori sono sciolti.

Art. 31. — Il presente decreto entrerà in vigore, salvo che sia diversamente stabilito nelle singole disposizioni, il giorno stesso della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno, e sarà presentato al Parlamento per la sua conversione in legge.

Cronaca del movimento professionale.

XII Riunione dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

Sotto la presidenza del prof. PICCARDI, nell'aula della Clinica Dermosifilopatica, gentilmente concessa dal prof. Bosellini, si è svolto in Roma il Congresso dei Professionisti Dermosifilografi, con largo intervento di soci.

Il PRESIDENTE inaugura la seduta nel nome di S. A. R. il Principe di Piemonte, che ha concesso all'Associazione il suo alto patronato; comunica sulla vitalità e floridezza dell'Associazione, che va continuamente arricchendosi di nuove reclute, e va svolgendo un programma organico di divulgazioni dermosifilopatica, di profilassi sessuale e di elevazione del vero specialista dermoceltico. Commemora i soci prof. Murero di Udine e prof. Nencioni di Firenze. Propone, e l'assemblea approva che il premio Locatelli, sul tema già proposto « Le dermatosi scolastiche » venga ripetuto per il 1927, aumentando la somma a L. 2000.

Raccomanda ai soci di aver fede nell'elevazione del professionista dermosifilografo, il cui còmpito sociale è ora completamente riconosciuto dal Governo Nazionale, come ne fa fede il messaggio verbale affidato al Presidente da S. E. Mussolini, il quale lo incaricò di portare il suo saluto all'assemblea e di ringraziare i dermosifilografi dell'opera che essi compiono a favore della conservazione e del miglioramento della razza italiana.

Alla discussione prendono parte molti soci, fra cui MONTESANO, che propone un voto di plauso alla Presidenza, e PINI, che raccomanda di insistere presso il Ministro della P. I. perchè nel conferimento del titolo di specialista si seguano i criteri già stabiliti dalla nostra Associazione (relazione FONTANA).

Segue la relazione del prof. MONTESANO (Roma): *Diritti della specialità dermosifilopatica*, il quale tracciata brevemente la storia della dermatologia negli ultimi due secoli, dimostra come essa abbia dovuto servirsi di metodi propri che, insieme alla particolare fisionomia delle affezioni cutanee ed ai peculiari sistemi terapeutici, giustificano ampiamente la specializzazione. Dimostra per quali ragioni la sifilide e l'ulcera venerea debbano essere assegnate alla dermatologia, e come anche la blenorragia, che un tempo era considerata con la lue e l'ulcera molle esponente di un unico processo morboso, al giorno d'oggi possa venire assegnata alla specialità dermatologica.

Conclude, dopo aver esposto che cosa debba intendersi in generale per specialità, riassumendo ed enumerando tutte le ragioni per cui la dermosifilografia ha l'ampio diritto di costituire una specialità a sè, così come l'uso e la tradizione hanno oramai da più secoli suggellato.

Il secondo tema, svolto dal dott. SBERNA (Firenze): *Réclame di specialisti e di specialità*, corredato da abbondanti annunzi più o meno strabilianti, cui si aggiunge una ricca collezione di documenti raccolti dal prof. FREUND (Trieste), che

ha fatto una coraggiosa campagna personale contro la ciarlataneria, si conclude col seguente ordine del giorno:

« L'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani, riunita a Congresso in Roma il 17 dicembre 1926;

Udita la relazione del dott. Sberna sul tema ufficiale: *Réclame di specialisti e di specialità* e la discussione seguitane;

considerando che le mirabolanti promesse di falsi specialisti e di specialità inutili e dannose, *comunque fatte*, non solo recano offesa all'arte medica, ma sono di nocumento agli illusi sofferenti che vi ricorrono ed alla collettività che risente i danni di cure insufficienti e improprie;

fa voti che lo Stato, sia direttamente, che indirettamente, per mezzo degli organi competenti (Ordine dei Medici, Sindacati Sanitari, Prefetti, Medici provinciali ecc.) intervenga a disciplinare tale materia.

A tale uopo propone:

1) Che per le specialità medicinali inerenti alle malattie veneree, sia proibita qualunque *réclame*, comunque fatta, che non sia sulle riviste medico-farmaceutiche, sulle stampe destinate ai medici, ai farmacisti e alle persone autorizzate al commercio dei medicamenti.

(In via subordinata sia solo permessa la pubblicità dei preparati che, secondo la nuova legge sulle specialità, saranno riconosciuti efficaci e realmente rispondenti alle virtù che se ne decantano).

2) Che per i medici sia solo consentito l'annunzio del loro nome, dei titoli accademici della specialità che hanno diritto di esercitare, dell'indirizzo e orario di visita, secondo quanto è già stato approvato dai vari Ordini di medici;

3) Pur consentendo che ogni medico abbia il diritto di esercitare qualunque ramo della medicina, ma ritenendo che l'aggiunta di un nome di specialità medico-chirurgica in tali annunzi, dia al pubblico la convinzione che il sanitario abbia acquistato in quel campo speciale competenza, propone che solo i veri specialisti riconosciuti secondo la legge vigente, abbiano diritto di usare tale dicitura;

4) Esprime il desiderio che i direttori di giornali medici esercitino sulla pubblicità dei loro periodici un severo controllo accettando solo annunzi di specialità di serietà scientifica riconosciuta;

5) Richiama in modo speciale i poteri dello Stato per infrenare, e in certi casi per proibire l'introduzione di preparati stranieri di dubbia o di nessuna efficacia, nel qual caso, al danno della salute pubblica, si aggiunge quello dell'economia nazionale ».

Dietro cortese invito della R. Società delle Terme, espresso dal socio dott. Sberna, si stabilisce che la sede della prossima riunione sia Montecatini.

Nella votazione per la sostituzione di un vicepresidente e del segretario dimissionari, sono riusciti eletti ad unanimità il prof. Fontana (Torino) vice-presidente ed il dott. Brunetti (Torino) segretario.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Assistenza all'infanzia.

E' stata diramata ai Prefetti del Regno la seguente circolare del Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) in data 10 dicembre 1926, n. 2030.20:

« Il Governo Nazionale ha — con la legge 10 dicembre 1925 per la protezione della maternità e dell'infanzia — rivolta ogni sua maggiore attenzione al problema del « Fanciullo » che è da considerarsi come preminente nel campo assistenziale.

Occorre che nulla sia trascurato per raggiungere la prefissa finalità, e che, tra i mezzi ritenuti più idonei per far convergere l'interessamento delle Autorità e del Paese sull'infanzia, siano tenuti in particolar modo presenti anche gli interventi atti a mettere sempre più in valore quella branca dell'esercizio medico, che si rivolge all'infanzia stessa con specializzato indirizzo.

Il Ministero dell'Interno ha di recente dimostrato di voler assegnare alla detta branca una speciale importanza, così come lo provano i programmi 6 febbraio e 15 aprile 1926, riflettenti rispettivamente i concorsi ai posti di Ufficiale Sanitario e gli esami di idoneità per medici aspiranti ad imbarcare su navi mercantili.

In tali « programmi » infatti trovano particolare sviluppo le parti concernenti le malattie infettive dell'infanzia, il latte, e l'alimentazione ed in particolar modo poi, in quelli riflettenti i concorsi per ufficiale sanitario, le parti relative all'igiene infantile, al baliatico, ai brefotrofi, agli ospedali pediatrici e, nella parte riguardante la legislazione, quella speciale sopra citata per la protezione ed assistenza della maternità e dell'infanzia.

È necessario che a dette parti del programma si dia, dalle Commissioni esaminatrici per i posti di ufficiale sanitario, particolare rilievo nel giudizio complessivo per la graduatoria degli aspiranti.

E lo stesso indirizzo — inteso a dare particolare importanza alla preparazione tecnica dei candidati nei riguardi dei problemi pediatrici e di igiene infantile — dovrà essere seguito dalle Commissioni giudicatrici per la nomina dei medici condotti e delle ostetriche da nominarsi in base al Regolamento 19 luglio 1906 n. 466.

Ciò contribuirà a far comprendere l'importanza, che il Governo annette a tutto ciò che, direttamente od indirettamente, può giovare alla salvezza del « Fanciullo » che se è l'organismo più sensibile alle influenze, che ne minacciano l'integrità e l'esistenza, è anche il più sensibile a ritrarre beneficio dalle sollecitudini tutelatrici della razionale assistenza.

L'applicazione di tali concetti non potrà essere senza influenza a vantaggio della cultura specifica nel campo della puericultura e dell'igiene infantile e darà maggiore incremento alle razionali sollecitudini assistenziali per l'infanzia, alle quali devesi tendere con opera appassionata ed assidua.

Le SS. LL. ispireranno la loro azione in modo

conforme all'indirizzo sovraenunciato, e nella circostanza di qualsiasi concorso per la nomina di ufficiali sanitari, di medici condotti e di ostetriche cureranno a che i concetti, contenuti nella presente circolare, siano esattamente applicati dalle rispettive Commissioni giudicatrici.

Prego fornire precise assicurazioni ».

Il Capo del Governo Ministro per l'Interno
MUSSOLINI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOGNANCODENTRO (*Novara*). — Scad. 20 gen.; L. 9500 e aumenti periodici, c.-v., L. 1000 trasp., L. 500 uff. san.

CANINO (*Viterbo*). — Scad. 20 gen.; 2ª zona; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., quota capitaria L. 4 ogni povero eccedente i 1000, L. 5 oltre i 2000; tassa L. 50.15.

CASTAGNETO CARDUCCI (*Livorno*). — 3ª condotta (Bolgheri); L. 9500, oltre 2 c.-v. e L. 2000 cav. Scad. 31 gen.

CISLIANO (*Milano*). — Scadenza 20 gennaio. Stipendio L. 13,000. Tassa L. 50.10.

CORTENUOVA AL PIANO (*Bergamo*). — Al 31 gen., ore 16; ab. 1357; L. 8000, oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., L. 200 ambulat., 5 quinq. dec.; tassa L. 50.10. Chiedere bando.

COSENZA. *R. Prefettura*. Concorso interno uff. san. consorziale per quarantanove consorzi con norme art. 13 R. D. 29 nov. 1925 n. 2266. Scadenza 10 marzo.

DERNA (*Cirenaica*). — Scad. 31 gen.; direttore dell'Ospedale; L. 15.000 oltre indennità coloniale di pari somma e c.-v.; alloggio gratuito; domanda al Ministero delle Colonie, Direz. Generale Africa Settentrionale, Roma.

MANCIANO (*Grosseto*). — A tutto 20 gen., per Saturnia; L. 10,000, oltre assegno L. 1500 e 10 trienni ventes.; per cavalc. L. 2500; età lim. 40 a.; riconoscim. 4 trienni altri Comuni. A richiesta si spedisce avviso.

MIRANO VENETO (*Venezia*). *Ospitale Civile*. — Medico primario; nom. biennale, conferme sessennali; titoli; L. 8000 con 3 sessenni dec., oltre lire 8000 direz. Dispensario antitub. Scad. ore 18 del 30 gen. Età mass. 40 a. al 31 dic. Biennio di aiuto in osped. import. o clin. univ. Docum. a 3 mesi dal 12 dic. Serv. entro 15 gg. Chiedere bando.

MOMO (*Novara*). — Consor. con Alzate e Agnellenzo; L. 8000, oltre L. 1000 uff. san., L. 500 trasporto, L. 150 ambul., L. 1200 c.-v. e altri proventi concessi dalle leggi. Scad. 20 genn. Tassa L. 50.15. Serv. il 6 marzo.

SANT'ORESTE (*Roma*). — Scad. 20 gen.; L. 9500 e quota capitaria L. 4 ogni povero oltre i 1000; L. 400 uff. san.; L. 100 mensili arm. farm.; tassa L. 50.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Aiuto nella Divisione Oculistica; L. 4800; titoli ed esami; nom. biennale, conferma unica di un anno. Scad. ore 17 del 20 gen. Docum. al Protocollo. Età mass. 35 a. Chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Su proposta di Ch. Richet, l'insigne fisiologo francese, l'Accademia di Francia ha assegnato il premio « Mège », per il 1926, al prof. Alberico Benedicenti, per il noto e buon libro « Malati, medici, farmacisti », edito da U. Hoepli, di Milano.

Nessuno meglio del Benedicenti, osservatore fine, sperimentatore sagace, ragionatore sottile, poteva dare un'opera, così sana e coscienziosa, che giova, come asserì P. Giacosa, a fare « rispettare la buona medicina ed i buoni medici, facendo, al tempo stesso, conoscere le difficoltà degli studi di medicina ed invitando il pubblico ad assistere all'epurazione da nozioni e pratiche fallaci che l'hanno per tanto tempo inquinata ».

Ne siamo lieti e da queste colonne inviamo al prof. A. Benedicenti, che onora la scienza italiana dalla Cattedra di Farmacologia sperimentale della R. Università di Genova, rallegramenti vivissimi.

Il prof. Cesare Agostini, direttore della Clinica neuropsichiatrica della R. Università di Perugia, è stato nominato ad unanimità membro della Società di Neurologia di Parigi, nella seduta del 2 dicembre u. s., su proposta del prof. Laignel-Lavastine.

Congratulazioni.

Il dott. Domenico Pisani, assistente nella R. Clinica Neuro-psichiatrica di Roma, ha conseguito con voto unanime della Commissione esaminatrice la libera docenza in clinica delle Malattie Nervose e Mentali.

Al nostro carissimo collaboratore i più vivi rallegramenti.

Con decreto n. 5074 a data 18 nov. 1926, al dott. Filippo Repaci, medico condotto di Sinopoli (Reggio Calabria), è stata concessa la medaglia di benemerenza per i volontari della guerra italo-austriaca. Il suddetto è decorato di croce al merito di guerra e nel 1912 dal Re Nicola di Montenegro fu insignito di alta onorificenza per il servizio prestato quale volontario nell'esercito montenegrino durante la guerra turco-balcanica.

☛ ***Ricordiamo l'importante manualetto*:**

Dott. EDMONDO VENEZIAN
A. negli Ospedali Riuniti di Roma

PRONTUARIO TERAPEUTICO

Vademecum per il pratico.

Prefazione del Prof. UBERTO ARCANGELI.

Un volume di pagg. VIII-324, in formato tascabile, nitidamente stampato ed elegantemente rilegato in piena tela flessibile, con inscrizioni in oro sul piano e sul dorso. — Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati sole L. 22.50.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NOTIZIE DIVERSE.

IV Congresso internazionale di medicina e farmacia militare.

Sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica, si terrà in Varsavia dal 30 maggio al 4 giugno il IV Congresso Internazionale di medicina e farmacia militare, che per l'attiva organizzazione, per il cospicuo numero di adesioni già assicurato, per l'importanza dei temi ufficiali posti all'ordine del giorno, promette, fin d'ora, di raggiungere un brillante successo, non inferiore a quello delle precedenti riunioni di Bruxelles, di Roma e di Parigi. Nella circostanza sarà inaugurata un'esposizione internazionale di igiene e di materiale teorico dei servizi sanitari militari e civili.

Al Congresso sono invitati tutti gli ufficiali medici e chimici farmacisti in servizio attivo ed in congedo delle Nazioni alleate, associate e neutre colle rispettive famiglie. La quota d'iscrizione è di 30 *zlotys* (circa 75 lire) per i congressisti e di 20 per le signore, e dovrà pervenire non più tardi del 1° marzo 1927 al tenente colonnello Sokolewicz, tesoriere, presso il Commissariato del Congresso, Ministero della Guerra, Divisione VIII (Sanità), via Nowowieiska, Varsavia (Polonia). Gli ufficiali esteri sono autorizzati ad indossare l'uniforme durante la loro permanenza in Polonia.

Le ferrovie polacche hanno accordato speciali riduzioni, per fruire delle quali i congressisti dovranno indicare nella carta di adesione le linee che intendono percorrere colle stazioni di partenza, di transito e di arrivo. Per gli alloggi le richieste dovranno pervenire al Commissariato entro il 1° aprile 1927.

Oltre i ricevimenti ufficiali, saranno organizzate una gita al castello di Wilanow, antica residenza di Giovanni III Sobieski, una serata di gala all'Opéra e delle escursioni nei dintorni di Varsavia e nelle principali città della Polonia.

Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Direzione del *Giornale di Medicina Militare*, Ministero della Guerra - Roma.

Per l'Istituto superiore di Malariologia.

Nella seduta del 30 dicembre u. s. la R. Accademia medica ha votato il seguente ordine del giorno, a proposito della iniziativa di un Istituto superiore di malariologia:

« L'Accademia medica di Roma, udite le dichiarazioni del prof. Vittorio Ascoli, che confermano la notizia, secondo cui il Governo, accogliendo l'iniziativa dei rappresentanti delle Repubbliche dell'America latina, istituirà in Roma una Scuola superiore di malariologia per italiani e stranieri, plaude al proposito del Governo Nazionale di mettere in valore le dottrine italiane e la nostra esperienza nel campo clinico e profilattico, nonchè nelle opere di bonifica e di legislazione, sicura come è che il nuovo Istituto darà lustro all'Italia e gioverà a liberare dalla malaria le regioni che ne sono ancora colpite tra noi e le estese zone infeste del mondo intero ».

Corsi di puericultura e di assistenza all'infanzia.

La C. R. I. organizza per incarico ricevuto dall'Opera Nazionale per l'Assistenza della Maternità e dell'Infanzia il corso *per medici* che sarà tenuto in Roma nel 1927 a norma del Regolamento approvato dal Consiglio Centrale dell'Opera stessa.

Il corso avrà inizio il 25 gennaio e sarà tenuto nel Preventorio per Lattanti Emilio Maraini. Le iscrizioni si sono chiuse il 10 gennaio.

La direzione del corso è tenuta dal prof. Francesco Valagussa ed i singoli insegnamenti sono così distribuiti: Alimentazione infantile, prof. L. Sympa; Igiene scolastica, prof. A. Ilvento; Malattie infettive, proff. Maggiora, P. Zanelli e T. Pontano; Ortopedia, prof. S. Crainz; Radiodiagnostica e radioterapia, prof. M. Serena; Neuropsichiatria, prof. C. De Sanctis; Ginnastica medica, prof. E. Gualdi; Legislazione sociale, comm. A. Pavone. Le norme riguardanti i particolari dell'insegnamento per gli esami per il conferimento del diploma sono quelle del Regolamento per i corsi di puericultura per medici stabiliti dal Consiglio Centrale dell'O. N. P. M. I.

A termine del regolamento stesso nessun posto di istituti fondati e sussidiati dall'Opera Nazionale per assistenza al bambino verrà conferito a medici che non abbiano il diploma di puericultura dell'Opera stessa, fatta eccezione per gli aiuti o assistenti effettivi delle cliniche pediatriche e dei grandi ospedali infantili del Regno.

Per informazioni rivolgersi alla Presidenza dell'Opera Nazionale, piazza Cavour, 25, Roma.

*
* *

L'Opera Cardinal Ferrari (Roma, via Germanico, 146), ha provveduto a istituire un Corso femminile per assistenti all'infanzia. Le licenziate potranno, man mano che se ne presenti la necessità, essere occupate negli istituti educativi dell'Opera stessa, istituti che si vanno moltiplicando dovunque. Il Corso si effettua con lezioni ed esercitazioni scientifiche e pratiche; iniziato in dicembre avrà fine in giugno. Comprende lezioni di psicologia e storico-pedagogiche, di pediatria, di anatomia e fisiologia, con esercitazioni di pronto soccorso. Si curerà come base dell'educazione del fanciullo, la morale e la religione. Le lezioni pratiche di canto, euritmia, pedagogia, lavori manuali ed artistici, economia domestica, lavori agricoli, giochi, sports, sono completate con visite ai migliori moderni istituti di Assistenza e da una Scuola Sperimentale che funziona a fianco del Corso.

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi alla Direzione dei Corsi.

Corso per Assistenti Sanitarie.

Fino al 15 febbraio sono aperte le iscrizioni al corso della Scuola Convitto « Nani » presso l'Ospedale Civile di Venezia per il conseguimento del di-

ploma di assistenti sanitarie. Le signorine che desiderano iscriversi dovranno presentare entro tale termine alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Civile la domanda corredata dai soliti documenti in carta libera, e da attestato di idoneità fisica da accertarsi con visita medica della Scuola; il diploma di infermiera conseguito in una Scuola Convitto ufficialmente riconosciuta; i certificati degli studi precedenti; si richiede inoltre la presentazione da parte di due signore favorevolmente conosciute dall'Amministrazione della Scuola.

Per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale Civile o alla Direzione della Scuola Convitto « Nani ».

Corso d'igiene pei giovani.

Nell'Aula Magna dell'Ospedale Civile di Venezia è stato, di recente, inaugurato con una breve cerimonia, il corso d'igiene per giovani, un'iniziativa lodevolissima e saggia dell'Amministrazione dell'Ospedale, la quale ha voluto farsi promotrice della diffusione presso i giovani della conoscenza e degli scopi dell'igiene, oggidì importantissima ausiliatrice della medicina.

Il dott. Pietro Spandri, presidente del Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale, pronunziò un breve ed efficace discorso inaugurale, dopo di che il prof. Raffaele Vivante, capo dell'Ufficio d'igiene del Comune, tenne la prima lezione sul tema: « I beneficî dell'igiene ». La seconda lezione fu tenuta dal prof. Pasinetti sul tema: « Studio e sport ».

Settimana sportiva scientifica.

Si è adunata a Davos (Svizzera) dal 2 al 10 gennaio. Tra le comunicazioni fatte segnaliamo le seguenti: prof. E. Abderhalden (Halle), « Cómpito fisiologico dello sport »; dott. Diem (Berlino), « Cómpito igienico-sociale dello sport »; prof. His (Berlino), « Pro e contro lo sport »; prof. Hill (Londra), « Igiene dello sport »; prof. Staehlin (Basilea), « Lo sport quale mezzo di cura »; dott. Knoll (Arona, Svizzera), « L'allenamento »; lib. doc. Matthias, Monaco, « Lo sport quale mezzo di educazione ». L'adunanza è stata organizzata dal dott. Alfred Neumann al quale possono richiedersi eventuali informazioni (Berggasse 27, Wien IX).

La morte di ANTONIO CARDARELLI è risentita come un lutto gravissimo da tutta la medicina italiana. Del Clinico insuperato, del Maestro, dello studioso, dell'uomo, diremo degnamente in un prossimo numero.

" IL POLICLINICO "

SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Il fascicolo 1 (1° Gennaio 1927) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - G. AVEZZU': Sulle ripercussioni ematiche delle paracentesi isolate e ripetute nel cirrotico.
II. - S. MARINO: Contributo allo studio del metabolismo della colesterina.
III. - C. A. LANG: Rara calcolosi intraepatica (con tre tavole a colori).
IV. - P. M. RE: La prova della fenoltetracloroftaleina nella funzionalità epatica.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 5.

I non abbonati a detta Sezione Medica potranno riceverli inviando il relativo importo, mediante vaglia postale. al Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, *aggiungendo* per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *e la pubblicazione dei sunti di essi senza citarne la fonte.*

V. Ascoli. Red. resp.
Stab. Tipo-Litografico Armani.

☛ Manuale da consigliare per l'assistenza agli infermi:

(adottato in parecchie città d'Italia quale libro di testo per i Corsi di istruzione ad infermieri)

Prof. Comm. GIACINTO QUARTA già Medico aiuto negli Ospedali di Roma - Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma

Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito?

(Guida pratica per infermieri ed infermiere)

3ª edizione accuratamente riveduta e notevolmente ampliata

ECCONE IL SOMMARIO: PARTE PRIMA. NOZIONI GENERALI. - I. **Qualità e doveri di una buona infermiera** - II. **L'assistenza del malato in casa** - III. **Che cosa è un ospedale.** - IV. **Sanatorii.** — PARTE SECONDA. ELEMENTI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA DEL CORPO UMANO. - I. **Elementi di anatomia**: A) *Dello scheletro dell'uomo* (Lo scheletro osseo. Le articolazioni e le loro varietà) - B) *Apparato muscolare* - C) *Apparato circolatorio* (Cuore. Vasi. Sangue) e *linfatico* (Vasi linfatici. Linfa). - D) *Apparato respiratorio.* E) *Apparato digerente e glandole annesse* (Fegato. Pancreas. Milza). - F) *Sistema nervoso centrale e periferico* (Cervello. Cervelletto. Ponte. Bulbo. Midollo spinale. Nervi periferici). - G) *Organi dei sensi* (Tatto. Gusto. Olfatto. Vista ed Udito). - H) *Apparato urinario.* - I) *Le regioni del corpo umano.* — II. **Nozioni elementari di fisiologia**: A) *L'apparato scheletrico e muscolare.* - B) *Apparato circolatorio.* - C) *Apparato respiratorio.* - D) *Apparato digerente.* - E) *Sistema nervoso centrale e periferico.* - F) *Organi dei sensi* (Vista. Olfatto. Gusto. Tatto ed Udito). - G) *Apparato urinario* (L'urina, sua composizione chimica. Principali caratteri fisici. Suoi componenti normali. Principali sostanze patologiche in essa contenute, e metodi relativi di ricerca). — PARTE TERZA. DELLE MALATTIE NEL CAMPO MEDICO E LORO CURA. - I. **Delle malattie nel campo medico in generale.** (Quali sono le cause delle malattie. I principali disturbi morbosi di ogni organo od apparecchio: tegumenti, apparato respiratorio, circolatorio, digerente, nervoso centrale e periferico, organi dei sensi, apparato urinario). - *La febbre* (Sua descrizione, suoi caratteri. Termometria). II. **Delle malattie infettive in generale.** *I microbi* (Patogeni e non patogeni) - *Le sorgenti di infezione.* - *Le vie di penetrazione.* - III. **Della pulizia e disinfezione delle infermerie per « malattie contagiose ».** (Isolamento degli infermi. Acque di lavaggio. I disinfettanti chimici solubili, i mezzi fisici. Disinfezione degli ambienti, dei mobili, degli utensili da tavola, dei libri. Lavatura della biancheria. L'autoclave. Le lisciviatrici). - IV. **Mezzi di difesa per l'infermiere contro le malattie infettive.** (Abiti dell'infermiere, le scarpe, la cuffia. Veste di corsia. Bagni generali, pulizia del viso e sue cavità, delle mani. Toletta dei capelli). - V. **Assistenza ai malati in genere, ed ai malati infettivi in ispecie**: A) *Le infermerie* (Ventilazione, illuminazione delle infermerie. Il letto dei malati. La pulizia dei malati. Il cambio della biancheria del letto e dell'infermo. Posizione del malato nel letto. Decubiti. Oggetti per defecazione e per la minzione. L'alimentazione dell'infermo). - B) *Tabelle dietetiche per infermi acuti.* - C) *Tabelle dietetiche per tubercolosi* (in Roma). - D) *Somministrazione dei medicinali.* (In forma solida, liquida, per via interna, per uso esterno, i revulsivi, i derivativi. Medicamenti per via anale, per via vaginale). - E) *Cateterismo vescicale. Irrigazioni uretrali. Lavaggi vescicali.* - F) *Medicatura ipodermica* (La siringa e sue parti costitutive. Vari tipi Sua disinfezione. Gli aghi. I liquidi da iniettare: soluzioni, sospensioni. Ipodermoclisi). - G) *Toracentesi, paracentesi, rachicentesi* (relativo armamentario). - H) *I medicamenti per uso oftalmico.* - I) *I medicamenti per uso nasale.* - L) *I medicamenti per l'orecchio.* - M) *Bagni e docce* (Bagni semplici e medicati. Bagno freddo, tiepido, caldo, parziale e generale. Impacchi umidi. Bagni di luce, di fango, di sabbia). - VI. **Assistenza alla visita medica.** (Tenuta dell'infermiere durante la visita. Le cartelle cliniche. Oggetti necessari all'esame dell'infermo durante la visita). - VII. **Nozioni di patologia medica**: A) *Le malattie infettive più frequenti*: 1° Tifo addominale; 2° Dissenteria; 3° Tifo esantematico (distruzione dei pidocchi); 4° Colera; 5° Peste bubbonica; 6° Meningite cerebro-spinale epidemica; 7° Tubercolosi polmonare; 8° Morbillo; 9° Scarlattina; 10° Vaiolo (vaccinazione); 11° Difterite; 12° Influenza; 13° Pertosse; 14° Orecchioni; 15° Polmonite lobare; 16° Carbonchio; 17° Malattie veneree; 18° La malaria; 19° Cuore da sforzo; 20° Vizi valvolari del cuore; 21° Enterite acuta e cronica riacutizzata; 22° La scabbia; 23° La sifilide. - B) *Avvelenamenti.* Alcoolismo. Cocainismo. Avvelenamento da acido nitrico, cloridrico, solforico. Avvelenamento da soda potassa caustica, ammoniaca. Avvelenamento da acido fenico. Avvelenamento da cianuro di potassio ed acido cianidrico. Avvelenamento per arsenico, ossido di carbonio, oppio e morfina. Avvelenamento per mercurio, piombo, stricnina. Avvelenamento per rame, per cicuta. Avvelenamento per belladonna, atropina, acido ossalico, funghi. Avvelenamento da bromo, da iodio. - C) *Come si appresta un soccorso di urgenza in medicina esclusi gli avvelenamenti* (Vertigine. Lipomia. Sincope. Asma cardiaca. Asma bronchiale. Apoplessia. Colpo apoplettico Convulsioni epilettiche Attacco isterico. Vomito. Crampi di stomaco. Delirio acuto. Alcoolismo acuto e delirium tremens. Epistassi. Emorroidi. Emottisi. Ernia strozzata. Ematurie. Enterorragie. Coliche intestinali ed epatiche. Asfissie [respirazione artificiale]. Folgorazione. Elettrizzazione. Insolazione e colpo di calore. Assideramento e colpo di freddo). — PARTE QUARTA. NOZIONI SULL'IGIENE, SULLA ALIMENTAZIONE, SULLA ASSISTENZA DELLA PRIMA INFANZIA - LE MALATTIE PIU' COMUNI DELL'INFANZIA. - I. **Sull'alimentazione del bambino.** (Necessità dell'alimentazione col latte materno. Controindicazioni all'allattamento materno. Allattamento a balia. Alimentazione dopo l'ottavo mese. Indizi di allattamento soddisfacente. Svezzamento. Allattamento artificiale). - II. **Nozioni sui principali disturbi del tubo gastro-intestinale dei bambini**. III. **Igiene generale infantile** (Camera del neonato. Idroterapia. Igiene pedagogica; educazione fisica. Indumenti dell'infante). - IV. **Sulle più comuni malattie infantili**: a) *Infezioni della mucosa orale* (Stomatite catarrale; mughetto. Stomatite aftosa); b) *Scrofolosi;* c) *Sifilide ereditaria;* d) *Malattia di Barlow;* e) *Rachitide;* f) *Vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo;* g) *Convulsioni dei bambini;* h) *Le paralisi infantili spinali e cerebrali;* i) *Meningiti* (in specie la tubercolare); l) *Tosse convulsiva o pertosse;* m) *Emorragie ombelicali;* n) *Mastite dei neonati;* o) *Ittero dei neonati;* p) *Oftalmoblenorrea dei neonati.* — PARTE QUINTA. DELL'ASSISTENZA AI MALATI CHIRURGICI: A) *Trasporto dei malati.* - B) *Delle sale di medicazione.* - C) *Delle sale di operazione* (Sulla cloroformizzazione e sulla eteronarcosi). - D) *Lesioni violente* (Contusioni, Distorsioni, Lussazioni, Fratture). - E) *Delle ferite* (Ferite da punta. da taglio. Ferite contuse). - F) *Complicazioni delle ferite* (Emorragie, Tetano). - G) *Ustioni.* - H) *Lesioni violente dell'occhio* (Lesioni della congiuntiva, della cornea, del cristallo). -I) *Lesioni violente dell'orecchio* (Traumi dell'orecchio esterno, della membrana del timpano). - L) *Lesioni violente del naso.* - M) *Corpi estranei nella laringe.* - N) *Fasciature* (Del modo di fare una fasciatura. Fasciatura del cranio, faccia, naso, occhi, collo, torace, addome, arti superiori ed inferiori). - O) *Massaggio e smobilizzazione.* - **Bibliografia. - Termini tecnici più comuni. - Indice Generale. - Indice Alfabetico. - Elenco degli Autori citati.**

Riportiamo qui di seguito qualcuno dei giudizii emessi intorno a questa nostra pubblicazione:

Nel Giornale Ufficiale della **Croce Rossa Italiana**, Anno VIII, Fasc. I (Gennaio 1923), il Chiar.mo prof. Tullio Rossi Doria, dopo una completa disamina del contenuto delle cinque parti del volume, così conclude: « **Riassumendo, il libro del prof. Quarta non potrebbe essere più chiaro, facile, completo, preciso di così È nel suo genere, un vero capolavoro e non una sola persona — medico od infermiera o madre di famiglia — dovrebbe mancare di questo libro di Croce Rossa al quale auguriamo la diffusione che merita** ».

La Rivista **Minerva Medica** di Torino, nel 1° fascicolo del 1° gennaio 1923, dopo una estesa relazione del contenuto del volume, conclude: « Il Manuale del prof. **Quarta** è stato giustamente apprezzato nelle sue precedenti edizioni, sicchè è giunto in pochi anni alla terza; esso, oltre che per l'istruzione degli infermieri e delle famiglie nell'assistenza ai malati, **è particolarmente utile ai medici che debbono tenere corsi di insegnamento ad infermieri, a militi della Croce Rossa, conferenze di volgarizzazione sulla assistenza agli infermi, sul pronto soccorso e simili** ».

La Delegata della Presidenza Generale per le Infermiere della Croce Rossa Italiana (Signora di Targiani Giunti march. Irene) in data 27 aprile 1923, scrive: « **La ringrazio dell'interessante ed utile pubblicazione ch'Ella ha voluto cortesemente inviarmi e della quale sto facendo ampia propaganda fra le nostre infermiere** ».

Un volume nell'ampio formato della nostra « Collana », di pag. IV-327, nitidamente stampato su ottima carta, con 104 figure intercalate nel testo. — Prezzo L. **18** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **16** in porto franco

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina, 14, aggiungendo: **per l'Ufficio postale Succ. diciotto, ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma.**

ANNO XXXIV Roma, 24 Gennaio 1927 Fasc. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UN. DI ROMA, diretto dal Prof. V. ASCOLI.

Contributo clinico allo studio della Gangrena polmonare

per il dott. GIULIO LEGA.

Il capitolo della Gangrena polmonare, già noto agli antichi medici e meglio individuato dal Bayle (1810), dal Laënnec (1818) e dal Wirchow (1846), interessa tuttora gli studiosi per vari punti controversi: principali l'*eziologia* e la *cura*.

Nella Clinica medica di Roma dal 1919 al giugno 1926 furono ricoverati 16 infermi di gangrena polmonare. Tale casistica relativamente scarsa, in confronto a quelle di altre malattie, dimostra che questa affezione, se non rara, non è molto frequente presso di noi. Circa il sesso vediamo colpiti 14 uomini e 2 donne. Circa l'età a preferenza gli individui dai 25 ai 55 anni, due soli oltre la sessantina. Non bisogna credere tuttavia che la malattia lasci esente l'infanzia: sono descritti casi di gangrena polmonare, sebbene rari, anche nei lattanti di pochi mesi. Le condizioni e le abitudini di vita dei nostri infermi furono le più varie, predominano però lavoratori esposti alle influenze climatiche e a strapazzi fisici.

L'insorgere della gangrena fu più frequente nell'inverno e nella primavera che nelle altre stagioni dell'anno.

La malattia nei nostri casi fu sempre *secondaria* ad affezioni acute o croniche dell'apparato respiratorio. La nostra osservazione conferma adunque che la gangrena polmonare è, quasi sempre, una malattia *secondaria* non rappresentando che la complicazione o l'esito di alterazioni dirette o indirette del parenchima polmonare.

La letteratura registra tuttavia delle forme primitive (tra le altre quelle descritte da Veillon e Züber) e alcune anche a tipo epidemico (Band e Charmeil, ecc.). Tali evenienze però sono talmente rare, e tanto difficile è l'escludere lesioni predisponenti, anche minime, che dobbiamo ammettere che la gangrena polmonare sia, almeno nella maggioranza dei casi, una malattia secondaria.

Nessuna infezione per insorgere e svilupparsi ha bisogno come questa di un terreno propizio.

Lasciamo le *cause occasionali* che hanno scarso valore e sono comuni a ogni malattia infettiva.

Le *cause predisponenti* devono invece richiamare tutta l'attenzione del medico.

Tra queste troviamo più frequenti le malattie acute e croniche dei bronchi, del polmone, della pleura e l'embolo polmonare o sottopleurico sia asettico, settico o gangrenoso. Più rare le lesioni delle vie aeree dovute a tumori, a gas, a traumi, a penetrazione di vermi, specialmente Nematodi, di amebe istolitiche e di corpi estranei. L'ultima guerra ha certamente arricchita la letteratura di casi di gangrena in seguito a ferite e a gas asfissianti.

Nelle malattie infettive (morbillo, scarlattina, difterite, tifo, ecc.) se si eccettua l'influenza, la gangrena è assai rara e anche quando insorge segue in genere lesioni dell'albero respiratorio. Così deve dirsi anche per le malattie croniche; tra le quali primeggia il diabete.

Nei nostri infermi, come ho già accennato, la gangrena insorse dopo infezioni broncopolmonari e precisamente in dieci casi dopo malattie acute e in sei casi dopo malattie croniche. Tra le acute predomina la polmonite (6 casi), segue la broncopolmonite (4 casi).

In un soggetto la polmonite era associata ad infezione malarica (terzana maligna).

Si tratta di R. E., di anni 40, campagnolo, di Cisterna (Roma). Ricoverato il 28 agosto 1922. È un vecchio malarico: gli ultimi eccessi risalgono all'estate 1921.

Il 26 agosto 1922 è colto da dolore alla spalla destra e da febbre elevata che nei giorni appresso si mantiene a tipo nettamente remittente con esacerbazioni spesso precedute da brivido. La tosse è abbastanza insistente, l'espettorato per due giorni scarso, muco purulento indi abbondante, fetido. Le condizioni generali si aggravano rapidamente.

Esame obiettivo. Nutrizione scaduta, intensa cianosi e dispnea. Non edemi. Polso frequente (100-110) ritmico nei primi giorni; indi irregolare, aritmico.

Esame del torace. Riduzione di suono posteriormente a D. dall'apice P. sino all'angolo della scapola, e ant. sino al III spazio intercostale. Su questa zona si ascoltano rantoli a gruppi, alcuni fini ed altri a medie bolle: qualche sfregamento. Aia cardiaca un po' ingrandita, toni alquanto oscuri, II rinforzato sulla polmonare. Fegato a due dita dell'arco costale; milza a cinque dita.

Esame espettorato. Ricco di germi, assenza di spirochete e bacilli a. resistenti. Non fibre elastiche. Quantità giornaliera 200-350 gr.

Esame urina. Negativo. *R. W.* Devia il siero.

Cutireazione. Negativa.

Esame sangue. Glob. rossi 2,600,000; glob. bianchi 9000; formula leucocitaria pressochè normale. Nei preparati a striscio numerosi anelli di terzana maligna, qualche semiluna.

Terapia. Balsamici, chinino, cardiocinetici.

Esito. Decesso il 14 settembre 1922.

È noto che la prognosi di questi casi è spesso infausta, ma è poco noto, e quindi molto raro, l'esito in gangrena. Pur non volendo attribuire alla malaria un valore eccessivo, nella genesi del processo gangrenoso non possiamo escludere che abbia contribuito a diminuire la resistenza del soggetto (fortemente anemizzato) e ad aumentare la violenza sia del processo pneumococcico, sia del processo putrefattivo.

Negli altri casi vediamo la gangrena seguire polmoniti o broncopolmoniti a decorso irregolare con resoluzione incompleta, protratta I sintomi della gangrena comparvero nel decorso delle suddette malattie o al massimo nella convalescenza: mai alla distanza di molti giorni o mesi.

Tra le forme croniche (6 casi) che precedettero la gangrena, troviamo forme broncopolmonari che si sono ripetute a lungo per vari anni tormentando l'infermo, specie nei periodi invernali, con tosse più o meno insistente ed espettorato più o meno abbondante. Qualche recrudescenza anche lieve dei vecchi processi morbosi ha sempre preceduto a poca distanza l'insorgere della gangrena polmonare. In nessun malato si è potuto mettere in evidenza (esame espettorato, raggi X ecc.) fatti tubercolari anche pregressi.

Se si analizzano i dati su esposti, vediamo che il processo putrefattivo insorge in un tessuto polmonare già leso e in individui in certo qual modo diminuiti nella loro resistenza fisica e organica (da malattie pregresse o in atto). La stessa anatomia patologica conferma che la gangrena segue, con certa frequenza e in special modo, l'indurimento, la sclerosi e la necrosi del parenchima del polmone. Dobbiamo quindi ritenere che su queste lesioni, o per via aerea (la più frequente) o per via sanguigna (quasi esclusivamente per embolo gangrenoso) o per via linfatica (per contiguità da organi ed apparati vicini) giungano gli agenti della putrefazione.

Il virus che ha così alto potere deleterio è tutt'altro che ben definito e identificato.

Nella ricca flora microbica, che offrono i focolai gangrenosi, gli anaerobi sono certamente i germi che predominano.

Tra questi per ricordare solo alcuni troviamo il B. Perfringens, abituale delle forme gassose, il B. Fundiliformis, di vario aspetto filamentoso, il B. Sporocenes, descritto e studiato da Weimberg e Séguin, il B. Bifermentans, isolato da Tissier e Martelly, il B. Putrificus, il B. Fusiformis e molti altri.

Ma tutti questi microrganismi presi isolatamente non hanno o hanno solo scarsa attività patogena. La loro resistenza e vitalità sono assai limitate. Anche iniettati in animali da esperimento non

producono lesioni o, se le producono, sono assai lievi e guariscono nel corso di pochi giorni.

In modo diverso però si comportano quando si associano tra loro o ad altri germi. Weimberg e Giusbourg, per non citare altri autori, hanno dimostrato la deleteria virulenza di certe associazioni. Il B. Sporogenes, secondo questi autori, è capace di produrre gravissime lesioni a tipo gangrenoso quando trovi la compagnia di altri generi anaerobi e non anaerobi (B. perfringens, B. istolgiticus, B. settico. B. oedematiens, B. proteus, ecc.). Analogamente si comportano il B. Bifermentans, il Putrificus ed altri. Agli anaerobi, quindi, o meglio, ad associazioni microbiche, ove prevalgono gli anaerobi si devono le lesioni putrefattive.

A complicare la questione in molti casi di gangrena polmonare si rinvengono delle *spirochete* e in altri, più rari, delle micosi.

Quest'ultime, sembra, posseggano in certi casi un'attività deleteria capace di alterare e putrefare il tessuto polmonare. Questo capitolo però è ancora molto oscuro: tuttavia sono descritti casi di Lichteimiasi polmonare (A. Perin e G. Ricci) di Broncoanaeromicosi (Castellani), di Monillasi (Castellani), ecc., ove il quadro clinico è molto affine a quello della gangrena. Resta però controverso se solo ai funghi e proprio ai funghi si debba attribuire il processo gangrenoso.

Più interessante è la questione delle spirochete che con una certa frequenza si rinvengono nelle gangrene polmonari.

Purtroppo lo studio delle spirochete non ci ha fornito ancora dati sufficienti per individuare i caratteri morfologici e culturali e l'azione patogena delle singole specie.

Recentemente Delamare classifica le spirochete bronchiali in due gruppi, uno facilmente coltivabile, uno difficilmente o affatto coltivabile. Nel primo pone le S. di Ribierre e Kermorgant, che si rinviene nell'emottisi e nell'idrotorace non tubercolare. Questa Sp. è mobile lunga da 14 a 16 μ., si riproduce per divisione regolare e segmentazione irregolare con formazione di granuli. Nel secondo gruppo pone la Sp. boccale, il T. denticum, la Sp. intermedia, la Sp. Vincent, la Sp. Bronchiale (Castellani).

Ma tale classificazione, non accettata da tutti, è, come dice lo stesso autore, provvisoria e alquanto precaria.

L'identificazione delle Spirochete, specialmente di quelle del secondo gruppo, che maggiormente a noi interessano, resta tutt'altro che facile e sicura. Besançon e Etchegoin sostengono tuttavia che vi sono caratteri differenziali abbastanza esatti. Oltre quelli morfologici e di motilità ne esistono, seguendo la loro tecnica, dei culturali abbastanza caratteristici. Diversa proprietà culturale avrebbe la Sp. Vincent, il T. denticum, la Sp. emottisi e quella della gangrena polmonare. Quest'ultima, diversamente dalle altre, si coltiva in siero di cavallo diluito 1:5 a 29-37 gr. di temperatura. È una spirocheta del tipo descritto dal Castellani, più grande e più mobile delle altre. Secondo questi autori sarebbe adunque identificata la Sp. della gangrena polmonare. Ma questa dimostrazione non ha convinto tutti gli autori. Difatti, mentre Besançon ed Echtegoin hanno riscontrato questo tipo di Sp., Farak in un bambino di otto anni ne ha isolate 4 varietà del tipo Castellani, alquanto diverse tra loro. Delamare ed altri non hanno trovato nella gangrena polmonare nessuna Sp. del tipo di Castellani, ma la buccalis e più spesso il T. dentium. Vincent, Castex, Repetto, ecc. altre del tipo Vincent.

Vari sono i tipi di S., che isolati o associati fra loro, si sono rinvenuti in processi gangrenosi del polmone.

Scarsi dati però si hanno circa il loro potere patogeno. Sono difficili le culture e quindi le esperienze. Sembra che le Sp. siano attive se inoculate col materiale gangrenoso o con altri germi, altrimenti non avrebbero che scarsa virulenza. Vincent attribuisce infatti all'associazione spirochete-fusiformis, alcune gangrene polmonari. Ma ciò vale in un numero assai limitato di casi: spesso manca la spirochete del tipo Vincent o la associazione col fusiformis.

Prima di trarre qualche conclusione desideriamo riportare alcuni casi clinici, da noi seguiti. Su sedici gangrenosi, quattro presentarono reperto positivo per spirochete.

Ed ecco:

CASO I. — E. N., di anni 38, contadino, di Sante Marie (Abruzzo).

Ricoverato in clinica il 12 gennaio 1921. Nulla degno di nota sino al dicembre 1918. In questo mese durante il servizio militare, in alta montagna, fu colto da malattia broncopolmonare, afebbrile con tosse molto insistente, stizzosa con scarso espettorato. Usò qualche calmante senza abbandonare il servizio: in un mese circa i sintomi rimisero. Però dopo questa malattia per periodi più o meno lunghi e a maggiori o minori intervalli ebbe tosse, a volte molto insistente e dolorabilità alla base dell'emitorace D. L'8 dicembre 1920, dopo qualche giorno di malessere, di spossatezza e vaghi disturbi, che attribuì a raffreddore, fu preso da febbre relativamente elevata con riacerbazione dei fatti broncopolmonari suddetti. Due giorni appresso la tosse fu più insistente, l'espettorato divenne abbondante e fetido.

Status. Condizioni relativamente gravi: lieve dispnea, respiro 28, polso valido frequente (110-120) temperatura elevata (39.5) remittente (37.5).

L'esame del torace rivela il reperto di una broncopolmonite diffusa a tutto il lobo inf. D. con al

centro zona rotondeggiante, della grandezza di circa un uovo, a tipo cavitario.

Esame espettorato. Molti germi, numerosissime spirochete; qualche fibra elastica; non bacilli a. resistenti. Quantità giornaliera gr. 200-350. Le spirochete sono di varia forma e dimensioni, predominano quelle assai sottili, simili a spirilli. Identico reperto si ottiene dalle gengive e dalle tonsille.

L'esame radiologico conferma il reperto clinico.

Esame urine. Negativo. *R. W.* Negativa. *Cutireazione.* Negativa.

Esame sangue. Glob. rossi 3,500,000; glob. bianchi 12,000; formula leucocitaria prevalentemente neutrofila.

Terapia. N. 9 iniezioni endovenose di Neosalvarsan (0.30-0.90).

Esito. Dimesso clinicamente e radiograficamente guarito il 22 marzo 1921.

CASO II. — M. G. B., di anni 49, contadino, abitante in Olevano Romano.

Entra in clinica il 19 marzo 1926. L'infermo ha goduta buona salute sino a tre anni fa. Nel 1923 cominciò ad avvertire dolore alla base dell'emitorace S., tosse con scarso espettorato. Dopo quindici giorni ricorda di avere emesso espettorato abbondante, fetido, scuro. Non sa precisare altri caratteri, nè se ebbe febbre. Di lì a pochi giorni mentre lavorava, ebbe un'emottisi. Rimase in letto qualche giorno fino a che non cessò l'emissione di sangue. In capo ad un mese si intese bene e riprese ogni suo lavoro. Indi non ha avuto che qualche periodo di tosse con scarso espettorato muco-purulento a volte striato di sangue, specie nelle stagioni fredde.

Nel dicembre 1925 fu colto nuovamente da dolore alla base dell'emitorace S. e da tosse insistente accompagnata ad espettorato muco-purulento. Non avvertì febbre e continuò a lavorare. Solo il 28 febbraio 1926 insorsero brusche elevazioni febbrili, malessere generale e più intenso il dolore toracico, sicchè fu costretto a letto. Il 7 marzo l'espettorato divenne molto abbondante, verdastro, fetido.

Status. Condizioni generali gravi, lieve dispnea, respiro 24, polco (115-130) frequente, temperatura relativamente elevata (38.5) remittente con qualche fugace intermittenza.

L'esame del torace rivela reperto di broncopolmonite a tutto il lobo inferiore di S. e qualche sfregamento pleurico.

Esame espettorato. Numerose spirochete ed altri germi; non a. resistenti. Quantità giornaliera 50-300 gr. Le spirochete sono un po' tozze, abbastanza simili tra loro; non si rinvengono spirochete nei secreti del cavo orale.

Esame radiologico. Addensamento non omogeneo in corrispondenza del lobo inferiore sinistro. L'ombra non mostra immagini a tipo cauterio, ma tratti grossolani a fondo irregolare grigio.

Esame urine. Negativo. *R. W.* Negativa. *Cutireazione.* Negativa.

Esame sangue. Glob. rossi 2,800,000; glob. bianchi 16,000; formula leucocitaria pressochè normale.

Terapia. N. 6 iniezioni Neosalvarsan (0.30-0.60).

Esito. Decesso il 20 aprile 1926.

CASO III. — A. G., di anni 50, professore, abitante in Roma.

Ricoverato in clinica il 7 marzo 1923. Nel 1916 ebbe una polmonite della quale guarì completamente. Nel 1918 contrasse forma broncopolmonare influenzale; indi godè buona salute fino al 23 gennaio 1923.

Sembra che sia nuovamente soggetto ad una polmonite che decorre assai grave e con qualche piccola emottisi. Sfebbra al 14° giorno, ma persiste tosse ed espettorato muco-purulento. Dopo 15 giorni ricompare qualche elevazione termica. Il 27 febbraio nota la tosse più stizzosa, l'espettorato più abbondante e di odore fetido.

Status. Condizioni generali discrete, non dispnea, respiro 24, polso ritmico, frequente (100-130), temperatura irregolare con brevi periodi di apiressia, interrotti da qualche lieve rialzo termico, seguiti da lunghi periodi di febbre elevata (38-39).

L'esame del torace rivela un reperto di broncopolmonite estesa all'emitorace D. dall'angolo della scapola in basso; non fatti cavitari.

Esame espettorato. Numerosi spirilli e altri germi, non b. di Koch, non fibre elastiche. Quantità giornaliera da 100-150 gr. Non spirochete nei secreti del cavo orale.

Esame radiologico. Opacità sull'emitorace D. a un dito sotto la scapola in basso.

Esame nrine. Negativo. *R. W.* Negativa. *Cutireazione.* Negativa.

Esame sangue. Glob. rossi 3,000,000; glob. bianchi 11,000; formula leucocitaria con prevalenza di polinucleati.

Terapia. N. 4 iniezioni Neosalvarsan (0.40-0.60).

Esito. Dimesso migliorato il 18 giugno 1923, indi si perde di vista.

CASO IV. — O. M., di anni 30, domestica, abitante in Roma.

Ricoverata in clinica il 18 marzo 1924. A 20 anni contrasse lues che fu curata irregolarmente e insufficientemente.

Il 27 febbraio 1924 fu colta da forma acuta broncopolmonare. Essendo gravida al 7° mese (1ª gravidanza) fu ricoverata in clinica ostetrica ove partorì un feto morto. I sintomi broncopolmonari andarono aggravandosi. Il 15 marzo espettorato molto abbondante, fetido.

Status. Condizioni gravi, dispnea, respiro 42, polso piccolo, frequente (140-160), temperatura remittente (37.5-39.5).

L'esame del torace rivela un reperto di broncopolmonite al polmone S. dall'angolo della scapola in basso.

Esame espettorato. Numerose spirochete, molti altri germi, non acido-resistenti. Non fibre elastiche. Quantità giornaliera gr. 120. Le spirochete sono sottili, relativamente lunghe simili a spirilli.

Esame radiologico. Conferma il reperto clinico.

Esame urine. Tracce di albumina; qualche cilindro ialino e granuloso; rare emazie. *R. W.* Positiva. *Cutireazione.* Negativa.

Esame sangue. Non eseguito.

Terapia. Neosalvarsan 0.30.

Esito. Decesso il 26 marzo 1924.

Considerando bene l'anamnesi dei nostri infermi notiamo, che anche nelle forme più acute (III e IV caso), la gangrena ha sempre seguito una precedente malattia polmonare.

Non ci fermiamo a discutere se la malattia predisponente fu una spirochetosi polmonare o altra di diversa natura: si potrebbero addurre argomenti per entrambe le tesi. Noi abbiamo seguito i malati nel solo periodo della gangrena e siamo quindi sprovvisti di dati positivi, quale tra gli altri il reperto di spirochete in epoche precedenti, per risolvere la questione. Non ci avventuriamo in ipotesi azzardate e che esulerebbero in parte dal nostro argomento.

Fermi restando su gli elementi che ci offre la nostra osservazione dobbiamo cercare di stabilire la parte che spetta alle spirochete nel processo gangrenoso.

Premettiamo che, secondo noi, sarebbe un errore ammettere senz'altro che le spirochete siano i veri agenti della putrefazione. Nessun fatto nè clinico nè sperimentale dimostra il loro potere putrefattivo: sappiamo invece che esistono spirochetosi senza gangrena e gangrene senza spirochetosi.

Tuttavia, pur negando una responsabilità diretta a questi microorganismi, non possiamo escludere che giochino una parte importante nel processo morboso. Nei nostri infermi noi abbiamo visto che le spirochete si rinvengono costantemente in ogni esame e più o meno abbondanti a seconda dell'andamento della malattia e dell'azione del farmaco specifico. Besançon e Etchegoin hanno dimostrato che questi germi si trovano non solo nell'espettorato ma nello stesso parenchima che circonda il focolaio gangrenoso. Di fronte a tali elementi non possiamo considerare le spirochete ospiti casuali e del tutto passivi. Questi germi, devono favorire il cammino e la virulenza dei microbi della putrefazione. Il concetto di Vincent, secondo noi giusto, deve essere generalizzato, poichè le spirochete non rispondono sempre al suo tipo, nè sempre si trovano associate al fusiforme. Nei nostri infermi mai trovammo questo bacillo, trovammo invece i germi più varii e le spirochete più varie. All'associazione quindi tra spirochete e alcuni anaerobi, senza entrare in più minuti particolari, noi riportiamo l'eziologia di alcune gangrene.

Se così fosse per le spirochete, potremmo supporre che in altri processi putrefattivi del polmone, ove queste nulla hanno a che fare, tengano le loro veci altri microrganismi. Spiegheremmo in tal modo i varii reperti che ci offrono i gangrenosi senza meravigliarci se in un caso si rinvengono spirochete, in un caso micosi, in altri i germi più comuni (diplococchi, pneumococchi, streptococchi, stafilococchi, ecc.). Questa ipotesi sebbene un po' vaga e non confermata da sufficienti prove sperimentali, vale tuttavia a orientarci in un campo tanto oscuro e controverso.

Per riassumere la questione eziologica concludiamo:

1) la putrefazione del polmone è dovuta in genere ad alcuni anaerobi, specie quelli del tipo Veillon;

2) l'attività degli anaerobi è però legata o a profonde alterazioni del parenchima polmonare o al potere di altri germi: spesso a entrambi questi fattori.

Sarebbe azzardato addentrarsi più oltre su questo problema: solo nuovi studi potranno accertare l'importanza delle associazioni microbiche e la virulenza dei germi più incriminati.

Se tentiamo una *classificazione* delle varie forme di gangrena poco valgono i dati eziologici a nostra conoscenza.

Pure insufficiente ci sembra la classificazione che fanno alcuni autori (Strümpel, Mosny, Delille, ecc.), che parlano di forme pneumoniche pleuriche, emboliche, ecc.

Noi preferiamo attenerci all'anatomia patologica che distingue due forme di gangrena polmonare: una *circoscritta* e una *diffusa*. Ognuna di queste infatti anche clinicamente possiede sintomatologia, decorso e prognosi abbastanza propri e definiti.

La forma circoscritta è rappresentata da un focolaio non molto esteso o da più focolai limitati a una parte relativamente ristretta del tessuto polmonare. Questa forma comprende generalmente quei casi che prendono origine da processi cronici limitati, da emboli, da penetrazione di corpi estranei, da ferite, ecc. L'anatomia patologica insegna che tali gangrene tendono lentamente alla formazione di cavità, spesso ben dimostrabili anche all'esame clinico. Solo raramente si trasformano in forme diffuse.

Nei nostri infermi abbiamo riscontrato 6 gangrene circoscritte: 5 in seguito a malattie croniche, una sola dopo una polmonite. In 4 casi il reperto cavitario fu dimostrato clinicamente e confermato dall'esame radioscopico.

La forma diffusa è rappresentata da una vasta zona gangrenosa che colpisce quasi tutto o tutto un lobo polmonare e a volte varca anche questi limiti.

Raramente esiste una netta delimitazione tra la gangrena e i tessuti sani. La superficie colpita è di consistenza molliccia: la degenerazione ora è poltigliosa, ora addiritura liquescente. Le cavità, che ben presto vanno formandosi, a volte sono piccole, sparse qua e là, difficilmente apprezzabili all'esame clinico, a volte grandi, irregolari vastissime, facili a diagnosticarsi.

La gangrena diffusa oltre rappresentare, come abbiamo accennato, la progressiva evoluzione di quella circoscritta, segue in genere lesioni prodotte da un vasto processo infiammatorio o distruttivo del parenchima polmonare (polmonite, broncopolmonite, spirochetosi, ecc.).

Questa forma predomina nei nostri infermi (10 casi): la vediamo nella spirochetosi (4 casi) e seguire la polmonite (5 casi) e una broncopolmonite influenzale. In quattro infermi si potè dimostrare clinicamente e radioscopicamente la presenza di cavità formatesi in brevissimo tempo.

Un malato (R. T., di anni 53, da Roma, ricoverato l'11 giugno 1926) dopo pochi giorni di malattia acuta broncopolmonare (influenza) ebbe una vomica di espettorato fetido commisto a sangue. Da noi osservato dopo soli quattro giorni già presentava una vasta cavità che si estendeva a tutto il lobo superiore destro, dall'apice sino all'interlobo. All'esame radiografico appariva una vastissima zona aereota triangolare con apice in alto delimitata da un tenuissimo ed esilissimo bordo. In questo caso sorprende la rapidità del processo e la completa distruzione del tessuto invaso.

Se nei nostri infermi vogliamo studiare con quale frequenza sono state colpite le varie zone polmonari notiamo che la *localizzazione* più frequente è alle basi (10 volte): 5 volte alla destra (forme di gangrena diffusa): 5 alla sinistra (2 forme diffuse e 3 circoscritte). Con minore frequenza sono stati colpiti i lobi superiori (6 volte): 5 volte il destro (2 forme diffuse, 3 circoscritte) una sola volta il sinistro (forma diffusa).

Il *decorso* della gangrena polmonare è molto vario da caso a caso. Si potrebbe parlare di forme acute, subacute e croniche. Questa distinzione — secondo noi — è forse un po' troppo schematica, più teorica che pratica. Preferiamo quindi di parlare di *gangrena a decorso rapido ed a decorso protratto*.

Il primo è proprio delle forme diffuse e spesso è tanto più acuto quanto più acuto fu l'andamento della malattia predisponente. Vediamo la gangrena diffusa, specie postpneumonica svolgersi quasi sempre in pochi giorni, al massimo in qualche settimana, come eccezione, oltre tale periodo.

Il secondo è proprio delle forme circoscritte che, come abbiamo visto, seguono in genere lesioni polmonari limitate e processi cronici.

Queste forme a decorso protratto possono evolvere in maniera diversa. A volte assumono un decorso che direi « periodico » per l'alternarsi di soste e di esacerbazioni più o meno lunghe e regolari. In un dato momento i sintomi generali (tosse, espettorato, febbre) rimettono o per crisi (dopo una vomica) o per lisi. Il malato migliora, riprende anche le sue occupazioni, ma trascorso un periodo di apiressia, più o meno lungo, da settimane a mesi, spesso interrotto da qualche lieve elevazione febbrile ricompare il quadro allarmante per il riaccendersi del focolaio o di altri focolai gangrenosi. Tale decorso con una certa frequenza sembra presentarsi quando sono in gioco le spirochete. Nei nostri infermi potrebbe confermarlo il secondo caso clinico, già riportato. Altre volte il decorso è nettamente cronico, ora apiretico, ora con scarse e irregolari esacerbazioni termiche. La tosse, eccetto periodi più o meno lunghi di remissione, è insistente, l'espettorato il più delle volte abbondante, sempre fedito.

Da quanto siamo venuti esponendo possiamo risparmiarci di parlare a lungo della sintomatologia della gangrena polmonare.

Nelle forme diffuse, che in genere hanno andamento rapido, il quadro è tra i più violenti: nelle forme circoscritte, che in genere hanno andamento protratto, colpisce la marcata denutrizione e la profonda spossatezza dell'infermo, spesso in contrasto con l'evoluzione e la sintomatologia locale.

La diagnosi di gangrena polmonare è facile nella maggioranza dei casi, se, ai sintomi generali e polmonari, si aggiunge il fetore dell'alito e dell'espettorato. Per quest'ultimo oltre l'odore nauseabondo abbiamo altri caratteri per riconoscerlo. È in genere abbondante, nelle 24 ore raggiunge spesso i 150-250 grammi e li oltrepassa. In un nostro infermo una volta raggiunse 400 grammi. Messo l'espettorato in un bicchiere a calice presenta i tre stati descritti da Traube. Uno strato superficiale, composto di pus con fiocchi mucosi, uno strato intermedio trasparente siero albuminoso, uno strato sottostante formato di pus opaco, bianco-grigiastro, commisto qualche volta a piccoli brandelli di tessuto polmonare.

L'esame microscopico (che deve essere eseguito su quest'ultimo strato, tanto a fresco che con speciali colorazioni) rivela frequentemente la mancanza di fibre elastiche (nei nostri infermi mancarono 12 volte su sedici), sempre la presenza di numerosi e vari germi, in qualche reperto spirochete. Si rammenti che il reperto negativo di fibre elastiche non basta da solo per confermare la diagnosi di gangrena, spesso mancano anche in altri processi distruttivi (tubercolosi). L'unico sintomo veramente patognomonico è il fetore. Se manca espettorato (evenienza rara nell'adulto, più frequente nel bambino), difficile è la diagnosi di gangrena.

La gravità dei sintomi generali in contrasto con un reperto pomonare relativamente scarso vale a mala pena a richiamare un sospetto. Anche l'esame radiologico, eccetto casi rarissimi, non offre dati caratteristici. Ancor meno dicono gli esami speciali. L'esame morfologico del sangue rivela un'anemia a tipo secondario, spesso molto spiccata. I globuli bianchi sono in aumento, in genere, dai 7 ai 15000. Secondo la nostra esperienza sono più aumentati nelle forme diffuse e acute (8-10-11000) ancora di più nelle forme con spirocheti (11-15000). L'esame dell'urina rivela spesso albuminina e qualche cilindro. Kämmerer richiama l'attenzione sulla porfinuria. La reazione di R. W., se non esiste la lues, è negativa anche in caso di spirochetosi.

Nell'incertezza diagnostica, di fronte alla gravità dell'infermo, a un'anemia spiccata, istituitasi rapidamente, a una leucocitosi elevata (non tanto però, come spesso avviene nei processi pneumococcichi o suppurativi) bisogna ricorrere alla puntura esplorativa.

Nei processi putrefattivi del polmone — e su questo insistiamo — non basta porre diagnosi di gangrena: per la prognosi e la terapia occorre stabilire esattamente la sede della lesione e la presenza o no di spirochete, di funghi e di eventuali altri germi.

La sede può essere rivelata da un attento e accurato esame obbiettivo. Tuttavia si può incorrere in errori: spesso è difficile stabilire se il processo è superficiale o profondo: a volte appare più alto (Tuffier) a volte più basso (Delbet) del vero. L'esame radiologico può spesso risolvere la questione.

Nella ricerca dei microbi, nella pratica, è sufficiente limitarsi alle spirochete. L'esame dell'espettorato dev'essere ripetuto più volte sempre previa e accurata pulizia del cavo orale. Tanto negativo che positivo deve ripetersi per conferma.

La puntura esplorativa dà risultati molto più esatti che l'espettorato: anzi è l'unico mezzo per un accertamento culturale attendibile.

Per la tecnica degli esami rimandiamo ai trattati speciali.

La diagnosi differenziale spesso non presenta grandi difficoltà. Basta tener presente poche affezioni polmonari, tra le quali le bronchiectasie, gli ascessi, le cisti di echinococco e le forme tubercolari evolutive e cavitarie. Queste malattie sono troppo note: è inutile fermarsi in una disamina differenziale.

Importanza diagnostica e prognostica hanno le *complicazioni* della gangrena polmonare.

Frequente è l'*emottisi*. Il sangue in qualche caso è in scarsa quantità, da tingere appena gli sputi; nella maggioranza dei casi però è abbondante sempre commisto a tracce più o meno evidenti di materiale gangrenoso che gli trasmettono il loro fetore Appunto questo carattere (emottisi fetida) molte volte serve per distinguere l'emorragia gangrenosa da quella tubercolare o di altra natura.

Nei nostri infermi in sei casi si ebbero varie e ripetute emottisi, a volte imponenti.

Altra complicazione frequente è la *pleurite*. Molto spesso la gangrena, e tanto più spesso quanto più è superficiale, dà reazioni pleuriche con ispessimenti e aderenze. Il dolore sulla regione colpita, a volte molto intenso, specialmente inspiratorio, è tra i primi sintomi di tale complicazione. La diagnosi molte volte non presenta difficoltà per la comparsa di sfregamenti, per una maggiore trasmissione dei fenomeni acustici e del fremito vocale tattile e, in qualche caso, per rientramenti inspiratori degli spazi intercostali, o per retrazione del torace.

Pure frequenti, specie nelle gangrene diffuse sono i versamenti pleurici purulenti o addirittura gangrenosi. La diagnosi spesso non è facile trattandosi di versamenti di scarse falde liquide che si aggiungono a processi pleurici iperplastici o si soprappongono o sottostanno alla stessa zona colpita dalla gangrena. Tuttavia deve richiamare l'attenzione l'improvviso aggravarsi dell'infermo: la dispnea più intensa, il polso più frequente, la temperatura bruscamente più elevata. I dati obbiettivi del torace se anche scarsi valgono a confermare il sospetto: il fremito vocale si indebolisce, la riduzione di suono diviene più netta sino anche all'ottusità assoluta, i sintomi ascoltatori meno evidenti, in qualche caso si ha apnea. Nella gangrena degli apici si stia in guardia e si cerchino tutti i sintomi di una pleurite interlobare o mediastinica, in quelle delle basi di una pleurite diaframmatica.

Nei nostri infermi abbiamo potuto constatare in un caso una pleurite dell'interlobo, in due casi delle basi. I versamenti in genere molto corpuscolati con globuli rossi e bianchi (polinucleati) abbastanza intatti. In un altro caso solo il tavolo anatomico rilevò una pleurite diaframmatica.

Altre complicazioni sono il *pneumatorace spontaneo* e il *piopneumotorace*.

Tali complicazioni non presentano in genere difficoltà diagnostiche.

Complicazioni assai più rare sono date dal propagarsi o dall'aprirsi del focolaio gangrenoso *in territori contigui extrapleurici* e precisamente nel mediastino, nell'esofago; nel pericardio e sotto il diaframma.

Si ricordino inoltre (evenienza relativamente rara) gli emboli gangrenosi che possono giungere, come è facile immaginare, in qualsiasi parte del corpo (cervello, intestino, fegato, rene, ecc.).

La prognosi della gangrena polmonare è molto seria. La mortalità è elevata: la guarigione completa e permanente si ottiene in un numero assai limitato di casi.

Le gangrene diffuse portano rapidamente, e quasi costantemente, a fine. Nei casi dove sono in gioco le spirochete la prognosi è migliore e tanto più quanto prima si intraprende una energica terapia. Le forme circoscritte in genere hanno un andamento più lungo e meglio risentono i vantaggi della cura, specie chirurgica.

Nei malati venuti a nostra osservazione abbiamo avuti otto decessi (50 %).

Nelle forme diffuse vediamo una mortalità assai alta (sette decessi, 70 %) e tanto più alta appare se si considera che due guarigioni si ottennero in casi di spirochetosi e di un infermo si persero le tracce dopo lieve miglioramento in seguito a intervento chirurgico.

Nelle forme circoscritte abbiamo avuto un solo decesso: ma i malati non possiamo darli guariti.

La morte nelle forme diffuse avvenne per il grave stato tossi-infettivo, in 4 infermi aggravato dal sopraggiungere di un versamento pleurico (come dicemmo). Nella forma circoscritta si ebbe per emottisi.

Terapia. È inutile fermarsi a parlare della cura preventiva; basti rammentare le norme più comuni dell'igiene del cavo orale che devono essere sempre rigorose in ogni malato e tanto più in quelli che presentano processi polmonari propizii all'attecchimento dei germi della putrefazione. Nella bocca sono comuni ospiti gli anaerobi, spesso anche le spirochete e i funghi.

Nella gangrena in atto possiamo ricorrere alla cura medica o alla cura chirurgica o a entrambe assieme.

Passiamo in breve rassegna i mezzi migliori che la scienza ci offre.

CURA MEDICA. Poco più di un decennio addietro non si conosceva che la cura sintomatica, oggi si tentano con discreto successo anche gli arsenobenzoli e la sieroterapia.

La terapia sintomatica non deve trascurarsi.

Contro la tosse insistente noi consigliamo i calmanti (codeina, eroina, ecc.) che spesso abbiamo visti assai utili. Anche nell'emottisi queste medicine sono efficaci se associate ai comuni emostatici (cloruro di C., coaguleno 10-15 cmc., 2-3 al dì, gelatina, ecc.) e alla vescica di ghiaccio sulla regione.

Contro la febbre è meglio non usare antipiretici: ricorrendovi è sempre bene prescriverli con parsimonia e a piccola dose.

Le condizioni circolatorie si possono sostenere, se occorre, con cardiocinetici, la più indicata è la canfora: è bene non abusare del digitale e della caffeina.

Come disinfettante delle vie aeree si è tentata l'essenza di trementina, qualche goccia sul guanciale, che pure serve a mascherare il fetore dell'alito. Qualche beneficio specie nelle forme circoscritte si può sperare dai balsamici. I più in uso per via orale sono il tiocolo, il creosoto, la terpina idrata, ecc. Alcuni autori consigliano, specialmente nelle forme febbrili, iniezioni ipodermiche una o due al giorno di guaiacolo e canfora (10 o 20 centig.) altri l'eucaliptolo in olio gomenolato.

Loeper, Forestier, Hurriex consigliano una tintura di aglio, così composta: aglio in bulbi parte 1, alcool a 95° parti 4. Macera per tre settimane, decanta e filtra; somministra per os 20-30 gocce al giorno.

Tutte queste medicine però hanno assai scarsa efficacia nelle forme diffuse e a rapida evoluzione.

Gli *arsenobenzoli* per via endovenosa hanno dato in alcuni casi, se esistono spirochete, dei veri successi. Noi stessi li possiamo confermare. Alla nostra osservazione abbiamo avuto solo 4 casi e giunti in condizioni gravissime, quasi disperate Eppure due infermi sono stati salvati, percentuale relativamente alta se si considera l'infausta prognosi delle gangrene diffuse, ove, come già dicemmo, il decesso è quasi la regola. Un infermo (caso II) uscì di clinica con fenomeni polmonari assai scarsi sia obbiettivi che soggettivi, senza tosse, senza espettorato. Un altro (caso I) uscì clinicamente e radiograficamente guarito, anzi dobbiamo dire che è l'unica guarigione vera, da noi riscontrata, nelle gangrene polmonari. Questi casi furono tanto dimostrativi da farci pensare che esito, forse diverso, avrebbero avuto gli altri due infermi se più prontamente si fosse potuta instituire la terapia col Salvarsan.

Tale cura però nelle gangrene, ove non sono in gioco le spirochete, non dimostra efficacia. Noi la tentammo invano in otto infermi. Tuttavia si deve tentare in ogni caso prima di ricorrere ad altri mezzi e specie nelle forme diffuse. A volte, sebbene raramente, le spirochete si nascondono nel parenchima polmonare e non sono reperibili nell'espettorato. È però inutile insistere cogli arsenobenzoli quando dopo qualche iniezione si dimostrano inefficaci e quando la ri-

cerca delle spirochete si mantiene più volte negativa.

Circa le dosi consigliamo partire dalle medie (0.30-0.45 per il Neosalvarsan) e raggiungere progressivamente le più alte. Le iniezioni si ripeteranno alla distanza di 6-7 giorni: nelle forme gravi è forse più indicato farle a più breve distanza (ogni 3-4 giorni) non aumentando o aumentando con prudenza la dose.

Poco, o meglio nessuna, efficacia hanno dimostrato gli altri preparati arsenicali (anche arsenobenzoli) da usarsi per via ipodermica o endomuscolare.

Sieroterapia. Durante l'ultima guerra l'Istituto Pasteur offrì un siero, contro il B. Perfringens, da usarsi nelle gangrene delle ferite. Indi Dufour e Semelaigne e recentemente Émile-Weil, Semelaigne e Coste, per non citare altri autori, hanno comunicato i brillanti risultati della sieroterapia nella gangrena polmonare. La via di somministrazione preferita da questi autori fu l'ipodermica, meno l'endovenosa, eccezionalmente, e con scarso successo, la rettale. Il siero che venne iniettato, in quantità relativamente alte, era un miscuglio di vari sieri, composto precisamente dall'antiperfringens, dall'antivibrone settico, dall'antiedematoso, e qualche volta dall'antipneumococcico.

Non ci fermiamo a discutere se questa sieroterapia sia veramente specifica, data la varia flora microbica dei processi gangrenosi: i risultati sono incoraggianti e conviene prenderla in considerazione. Noi, sebbene ci manchi sufficientemente esperienza personale, consigliamo quindi di tentarla per via endomuscolare ricorrendo ai vari sieri antigangrenosi posti in commercio. Se non si ha pronto un siero polivalente si può usare diversi tipi antigangrenosi associati.

In mancanza di meglio può ricorrere anche al siero comune di cavallo, tentando in tal modo una sieroterapia aspecifica. La dose del siero impiegato in ogni caso deve essere relativamente alta, dai 40 ai 60 ed anche agli 80 cmc. Detta quantità può iniettarsi in due volte nella giornata, ripetendola tutti i giorni o a giorni alterni.

Contro le micosi, rare tra noi, che a volte possono contribuire validamente nel promuovere il processo gangrenoso non possediamo una vera terapia efficace: il farmaco che ha dato migliori risultati è lo iodio ad alte dosi. In questi ultimi anni è stato usato, sembra, con soddisfacenti risultati anche per via endovenosa e precisamente sotto forma di ioduro di K. (in soluzione al 10 %, al 20 %, al 30 %, 5 o 10 cmc.).

Da qualche tempo contro la gangrena si studiano vaccini curativi: questa terapia però non è ancora entrata nella pratica.

CURA CHIRURGICA. Alcuni interventi sono veramente utili; bisogna però vagliare con molta ponderazione le indicazioni e le controindicazioni per non esporsi a tristi sorprese.

La cura locale del focolaio gangrenoso per via endotracheale fu tentata da varii medici. Tra questi. G. Caussade, Georges Rosenthal e Surmont sono ricorsi persino a tenere una cannula in sito — previa tracheotomia — per parecchi giorni e attraverso questa iniettare soluzioni disinfettanti. La soluzione più usata è l'olio gomenolato al 5-10 % da 2 a 20 cmc. Alla stessa dose circa sono in voga anche le sospensioni di vioformio, iodoformio, ecc. Castex M. ed altri hanno tentato anche il Salvarsan. Recentemente è in uso il lipoiodol che sembra meno irritante dei liquidi suddetti. Tuttavia l'efficacia della terapia endotracheale è molto controversa, e in complesso non ha dato risultati pratici e soddisfacenti.

Ugualmente si può concludere per le *iniezioni* eseguite *nel focolaio gangrenoso*, raggiunto attraverso il parenchima polmonare. È superfluo parlare della tecnica e degli inconvenienti che presenta.

Il *pneumotorace artificiale*, è certamente un intervento salutare. Difatti questo mezzo è assai utile nell'arrestare le emorragie, l'abbondante espettorazione, nonchè nel favorire la cicatrizzazione del processo gangrenoso. La letteratura è ricca di felici risultati. Purtroppo l'indicazione è limitata ad uno scarso numero di casi poichè, la gangrena, ancor peggio della tubercolosi, porta molto spesso vaste e tenaci aderenze pleuriche e un rapido esaurimento dell'infermo. Si aggiunga inoltre che il focolaio gangrenoso si trova spesso tanto superficiale da compromettere l'integrità della pleura viscerale; in tal caso il pneumotorace può aprire un varco con consecutiva pleurite gangrenosa o piopneumotorace mortali.

Il pneumotorace adunque deve essere usato in questa malattia con molta più prudenza che nelle forme tubercolari.

Non è quindi un mezzo di cura alla portata di tutti: deve essere consigliato ed eseguito da chi ha studio e personale esperienza in proposito.

È inutile fermarsi a lungo su gli altri metodi escogitati per comprimere il polmone. Dènèchan ricorre ad un tamponamento extrapleurico dopo aver resecato un segmento costale o scolata la pleura; Tuffier e Roux-Berger ottengono la compressione con simile procedimento usando sostanze grasse (paraffina, ecc.). Tali sistemi terapeutici non presentano che scarsi vantaggi di fronte alla gravità dell'atto operatorio.

La *toracoplastica* da qualche anno tentata nella tubercolosi polmonare, è un intervento ancor più rischioso: vedremo se in futuro potrà essere accolta con maggiore fiducia.

Il metodo preferibile per ottenere il collasso quando non è consigliabile il pneumotorace, è la *frenicotomia* e ancor meglio la *frenico-exeresi*. Tale intervento sebbene non arresti in modo completo le escursioni respiratorie, può in qualche caso essere assai utile.

Per un sereno giudizio abbiamo tuttavia bisogno di più vasta esperienza in proposito: certamente è una operazione chirurgica meno pericolosa delle altre, e quindi applicabile con maggiore larghezza.

Risultati incoraggianti si devono agli *interventi chirurgici che aggrediscono direttamente il focolaio gangrenoso*. L'operazione deve però essere precoce e limitata alle forme circoscritte, a tipo cavitario e a sede esattamente individuabile. Negli altri casi e specialmente quando l'infermo è molto deperito o molto grave, è controindicata perchè inutile e spesso fatale.

Il nostro studio ci porta alle seguenti conclusioni:

1) *L'eziologia* della gangrena polmonare è ancora oscura e controversa.

a) alcuni anaerobi, specie quelli del tipo Veillon, sono forse i veri responsabili della putrefazione;

b) le spirochete, raramente i funghi, più spesso i germi comuni (diplococchi, pneumococchi, stafilococchi, ecc.) non solo preparano il terreno, ma forse favoriscono la stessa virulenza degli anaerobi;

c) la gangrena polmonare non è quindi una malattia specifica, ma legata all'associazione o a varie associazioni microbiche.

2) *Tanto la cura* medica che chirurgica possono giovare: entrambe tanto più giovano quanto prima istituite.

a) nelle gangrene diffuse urge intervenire con sollecitudine ed energicamente con una cura medica: la terapia chirurgica è spesso controindicata. Si deve quindi ricorrere agli arsenobenzoli, sebbene la loro efficacia si limiti ai casi con spirochete. La sieroterapia è da tentarsi, sebbene non dia ancora completo affidamento;

b) nelle gangrene circoscritte, se non risentono della cura medica, conviene non perder tempo e tentare gli interventi chirurgici. Due soli, oggi, sono riconosciuti utili e pratici: il pneumotorace e l'aggressione diretta del focolaio gangrenoso.

4 settembre 1926.

LETTERATURA.

AMEUILLE e ZEISSEIRE. *Pneumotorax et gangrène pulmonaire*. Soc. Méd. des Hôp., 24 gennaio 1925.

AMEUILLE e KALLÉ M. Ibid.

BASILE C. *Studi sulle micosi organiche*. Policlinico, Sez. pratica, 1926.

BEZANÇON e ETCHEGOIN. *Présence d'un spirochete dans les crachats hémoptoises des tuberculeux*. XVIII Congr. Français de Médecine.

ID. ID. *Spirochétose bronchique*. Acc. Med. di Parigi, 2 marzo 1926.

ID. ID. *Spirochètes et gangrène pulmonaire*. Bul. de l'Ac. de Méd., n. 6, 1926.

BEZANÇON. *Spirochétose et gangrène pulmonaire*. Ibid., n. 9, 1926.

BOSCHI E. e BELVEDERI. *Un caso di gangrena polmonare a protratta evoluzione e ad attacchi ripetuti*. Soc. Med. Chirurgica di Bologna, 24 maggio 1924.

BERNARDI G. *Cura delle suppurazioni polmonari fetide*. Acc. di Sc. med. di Ferrara, 27 apr. 1921.

CAUSSADE et TARDIEU. *Abcés amébien gangreneuse du poumon droit indipendant d'un abeés amébien latent du foie chez un ancien colonial*. Presse méd., 1925, pag. 319.

CARINI A. *Un cas de spirochétose bronchiale au Brésel*. Bull. de Soc. de Path. Exot., vol. 13, n. 7, 1920.

CALMERS-ALBERT and N. MACDONALD. *Le spirochéte di Castellani*. Journ. of Trop. med., Bd. 23, 1920.

CASTEX M. *Le salvarsan par voie trachéales dans le traitément des processus fétides de l'appareil respiratoire*. Bul. de l'Ac. de Méd., n. 6, 1926, Paris.

DELAMARE. *L'identification des spirochètes bronchiques d'après quelques travaux récent*. Bul. de l'Ac. de Méd. Pris, n. 19, 1926.

DE GIOVANNI. *Trattato di Patologia e Terapia Sp. Medica*. Ed. Vallardi.

DELILLE-ARMAND. *La gangrena polmonare*. Tratt. di Pat., vol. II. SERGENT. Ed. Maloine, Paris, 1922.

DÈNÈCHAN. *Cura della Gangrena*. Journ. de Praticiens, 1922, n. 2.

DEMANDRE. *De la gangrène pulmonaire*. Thèse de Paris, 1877.

FARAH NAJIH. *Castellani's bronco-spirochetosis pneumonie and asthmatie varieties; X ray examination: tratment with ingection of jodine*.

ID. *La moniliase bronchique en Egypte*. Presse Méd., n. 72, 1921.

FISHDERG M. and B. S. KLINE. *Spirochetas pulmonary gangrene*. Arch. of. Int. Méd., Bd. 27, n. 1, 1921.

FRONTICELLI E. *Cura della gangrena*. Policlinico, n 24, 1924.

GAUSSADE, GEORGES, ROSENTHAL, ecc. Comunicazione Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, 24 marzo 1924.

CLAUDINE M. *La gangrène pulmonaire*. Soc. Méd. des Hôp., 24 gennaio 1925.

GUILLEMOT, I. HOLLÉ e RIST. *Recheches sur les pleurésies putrides*. Arch. de Méd. Exp., 1904.

GUISEZ JEAN. *Les enjections intrabronchique massives dans le traitement de le gangrène pulmonaire*. Presse Méd., n. 17, 1921.

JACONO G. *Notes on a case of Castellani's Bronchitis*. Journ. of med., Bd. 23, n. 6, 1920.

LAFOSSE P. *Fréquence des affections respiratoires à spirochètes*. Presse Méd., 1926, p. 437.

LEVIS, MOISC D. *Bronchopulmonary spirochetosis Report of two cases*. New York med. Journ., Bd. 113, n. 5, 1921.
LOEPER, FORESTIER, HURRIEX. *La tinture d'aglio*. La Presse Méd., 1918.
MAZZA S. *Casi di gangrena polmonare*. Riforma Med., n. 8-29, 1922.
MOLNAR B. Wien. Klin. Wochensch., n. 21, 1921.
MUSCOLINO. *Pneumotorace nella gangrena*. R. Acc. Pletoritana, Messina, febbraio 1918.
MOHR-STAEHELIN. *Tratt. Med. Interna*. Ed. Lib., 1921.
MOSNY. *Gangrena Pol. Trattato di Med inte. e Ter.* GILBERT E., ecc. Baillière, Paris 1910. Idem GILBERT, Broualdel 1914.
MELEO DE FRIOLANO. *Caractères des Spirocaeta bronchialis Castellani*. Bul. de la Soc. de Path. Ex., v. 17, n. 10, 1924.
MUHLENS P. *Bronchial-Spirochaetosis*. Arch. f. Schiffs u. Trop., Bd. 24, n. 5, 1920.
KAEMMERER H. *Ueber Porphyrinbildung bei Lungengangrän und putider Bronchiektasie*. Münch. med. Woch., Ig. 70, n. 36, 1923.
KAUFMANN E. *Tratt. Anat. Pat. Speciale*. Ed. Vallardi, 1925.
PEMOELLER I. *Iur Bechandlung der Lungengangrän mit Besonderez Beruchsichtig ung der Salvarsantherapie*. Dtsch, und Woch., n. 11, 1922.
PERIN A. *Le micosi polmonari*. Libreria Senese, Siena, 1925.
PRÉVOT, ANDRÈ. *Les streptocoques anaérobies*. Bul. de l'Ac. de Paris, n. 5, 1926.
ROUBIER CH. *Tuberculose et gangrène pulmonaire*. Progrès méd., Gy. 52, n. 36, 1924.
RATHÉRY e CAMBESSÉDÉS. *Traitement de a gangrène pulmonaire par la sérothérapie*. Bull. Méd. Journal, 35, n. 41, 1921.
SCHWARZ V. *Broncho-pulmonary spirochaetosis*. Lancet, Bd. 207, n. 26, 1924.
STRUMPELL. *Patol. Spec. Med.* Ed. Vallardi, 1922.
VINCENT. *La fuso-spirochétose bronchique*. Bul. de l'Ac. Méd. Paris, n. 7, 1926.
WEIMBERG e SÉQQUIN. *La gangrène gazeuse*. Manson, Paris, 1912.
WEIMBERG e GINSBOURG. *Recerches sur la putréfaction in vivo. Réproduction expérimentale des traumatoses putrides*. Ann. de Ist. Pasteur, n. 8, 1925.
WEIL, SEMELAIGNE, COSTE. *Dix cas de gan. pul. ou de dilatation des Bronches Cancreneuses traites par la sérothérapie antigangreneuse*. Bul. et Mém. de Soc. Méd. des Hôp. Paris, 12 apr. 1921.
WEIL-P. EMILE. *Pneumotorace art. nella gangrena*. Paris Médical, n. 48, 1922.
WINTERFELD HANS HARL VON. *Beitrag zur Röntgenologie der Lungengangrän*. Fort a D. Geb. d. Röntgensk, Bd. 30, H. 3/4, G. 301, 305, 1923.

Interessante pubblicazione:

Prof. GIUSEPPE VERROTTI
libero docente di Patologia e Clinica dermo-sifilopatica nella R. Università di Napoli

La sifilide e le malattie veneree

Vol. I. — **SIFILIDE ACQUISITA**

Un volume rilegato in tela, di pagg. XX-479, con 19 figure nel testo e 19 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. **36.** Per i nostri abbonati sole L. **33.75** in porto franco.

Vol. II. — **Sifilide ereditaria e malattie veneree.**

Un volume rilegato in tela, di pagg. XVIII-404, con 62 figure intercalate nel testo e tre tavole a colori fuori testo. Prezzo L. **30.** Per i nostri abbonati sole L. **28** franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

COMMENTI.

Sull'ergomanometro Parodi.

Agli appunti in margine alla mia relazione al Congresso della Sezione scientifica di Milano della Federazione Italiana per la lotta contro la tubercolosi, che l'egr. dott. Parodi mi rivolge, a titolo di discussione, debbo una breve risposta.

Per non perder tempo risponderò punto per punto alle sue osservazioni.

1) Affermando che il suo apparecchio rappresenta « un perfezionamento nella tecnica manometrica » non ho creduto affatto di sminuire l'importanza scientifica del suo ergomanometro, tanto più in quanto egli stesso riconosce che la sua attuazione meccanica è rappresentata « dalla banale applicazione dei principi fisici su cui sono fondati i comuni manometri ». Io dovevo riferire su esclusive questioni di tecnica pneumotoracica e, nell'esporre i dati classici della pneumomanometria, ho creduto doveroso ricordare il suo apparecchio ritenendolo degno di tutta l'attenzione dei tecnici ed augurandogli la sanzione di una larga esperienza, non risultandomi d'altronde che esso sia ancora entrato nella pratica comune.

Che la sua tecnica sia semplice e risponda realmente ad esigenze pratiche, lo dirà appunto l'esperienza comune.

Con ciò ho risposto anche al punto 3.

Quanto al punto due, io non ho mai asserito che il mio apparecchio, che è un apparecchio completo per la produzione del pneumotorace, sia sprovvisto di speciale strumentario manometrico, bensì che esso, fruendo di un comune controllo manometrico, ci orienta sull'ampiezza dell'escursione toracica e sul grado della tensione elastica polmonare, per mezzo di un semplicissimo dispositivo, che al Congresso venne da me presentato. E lo confermo pienamente.

Il mio apparecchio non è un puro apparecchio per insufflazione, ma un apparecchio che funziona per aspirazione diretta della decompressione pleurica (e in questo sta la sua parte essenziale) in quanto il tubo serbatoio a stantuffo mobile, sensibilissimo alle minime variazioni di pressione, è un vero manometro ad aria, e quando funzioni in diretta comunicazione colla pleura, un sensibilissimo indice del grado di aspirazione pleurica, valore che secondo le nozioni comuni, è proporzionale alla capacità di retrazione del polmone e in altre parole alla sua elasticità. Di questo valore io raccolgo a parte la misurazione manometrica col dispositivo ormai noto. Con ciò io credo di rimaner fedele agli insegnamenti classici della fisiopatologia respiratoria

nei quali sinora tutti i competenti hanno potuto trovare guida sicura. Del resto mi permetto di esprimere un mio convincimento tutto personale, ed è che il problema tecnico del pneumotorace non sia solo un problema fisico riducibile a formule numeriche o ad artifici meccanici; esso è e rimane pur sempre un problema clinico nel quale le nostre conoscenze scientifiche possono e debbono esserci guida, ma lo scopo terapeutico è solo raggiungibile colla scrupolosa e attenta valutazione di tutti gli elementi complessi e mutevoli che rendono così delicato e difficile ogni nostro intervento curativo.

Prof. U. CARPI (Milano).

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILIDOLOGIA.

Per la conoscenza della febbre luetica.

(F. FREUND. *Wiener kl. Woch.*, 9 luglio 1925).

La sifilide in questi ultimi anni ha certamente rivestito con maggiore frequenza che non pel passato un carattere più simile a quello di malattia esantematica acuta. Da ciò le osservazioni dell'A. e di altri in Austria e Germania di numerosi casi in cui l'infezione fu accompagnata da febbre elevata e persistente.

La descrizione di stati febbrili durante i vari periodi della sifilide non è certo nuova. Per la storia il Neumann, fra gli altri, ritiene che l'appellativo « grande vérole » col quale il morbo veniva designato in antico, stia verosimilmente a rammentare la frequenza con la quale, nei primi secoli dacchè la sifilide fu da noi conosciuta, i fatti febbrili solevano accompagnarla.

La clinica ci insegna che la febbre può comparire in qualsiasi stadio e periodo della lue. Tuttavia il momento dell'infezione in cui essa più di frequente compare, cade all'incirca tra il 50° e il 65° giorno dal primo apparire della lesione iniziale: essa prende allora il nome di « febbre eruttiva », precedendo immediatamente l'esantema, coll'apparire del quale in genere dilegua.

Il tipo della febbre sifilitica è lungi dall'essere costante: mentre talvolta essa si affaccia senza regola alcuna, altre volte assume andamento intermittente, fortemente remittente, oppure continuo. Talvolta essa mentisce una terzana intermittente o duplicata, tipo che più spesso occorre osservare nel periodo terziario.

La frequenza della febbre sifilitica corrisponde in media al 20-23 %: Fournier la ha vista comparire un po' più spesso nelle donne che negli uomini. Le sensazioni di freddo, i brividi, da cui può essere preceduta, sono piuttosto rari.

La comparsa della febbre nel periodo prodromico della generalizzazione della sifilide preannuncerebbe quasi sempre lo sviluppo di un esantema caratterizzato da speciali note di acutezza, del tipo talvolta pustoloso o ulceroso.

Quanto alla terapia, mentre da un lato la somministrazione dei chinacei e degli altri comuni antipiretici rimane in genere senza effetto, devonsi d'altro lato rilevare gli effetti pronti della cura specifica, anche con I e Hg.

Oltre al periodo prodromico possono aversi stati febbrili anche in altri periodi della sifilide. Così, durante il periodo secondario, negli esantemi recidivanti e negli stadi di latenza: durante il periodo terziario, nelle gomme del fegato, nei processi sclerotici del polmone e nella poliartrite luetica. Non rare nei vari casi del genere le difficoltà di diagnosi differenziale: negli stadi di latenza occorrerà pensare talvolta alla tubercolosi polmonare incipiente, altre volte, come nel caso seguente riferito dall'A., all'infezione tifoidea.

In quest'ultimo trattavasi di un uomo poco più che cinquantenne affetto da sclerosi multiple gangrenose dell'asta nel quale si manifestò, per la durata di 16 giorni, una febbre a tipo irregolare fino a 39°.8, remittente e intermittente e preceduta al primo apparire da brivido di freddo. Coesistevano le note di un catarro bronchiale diffuso ed un lieve tumore di milza, lo stato generale era buono, vi era modico aumento di frequenza del polso. R. W. + + +. Dopo nove giorni dall'inizio della febbre, comparsa dell'esantema a tipo eritemo-papuloso.

Intrapresa una cura bismutica e poscia endovenosa di Neosalvarsan, la febbre cedette completamente dopo la 2ª iniezione di quest'ultimo. L'A. a tal proposito rileva come alcuni degli stati febbrili luetici si mostrino influenzabili molto più dal Neosalvarsan che dal bismuto.

M. AGOSTINI.

Il bismuto nella sifilide sperimentale.

(C. LEVADITI, S. NICOLAU, R. SCHOEN, A. GIRARD e Y. MANIN. *Ann. Inst. Pasteur*, luglio 1926).

Lo studio degli AA. è diviso in due parti. Nella prima si considera il *modo di riassorbimento del bismuto somministrato per la via endomuscolare*.

Risulta che il grado di assorbimento è in funzione della solubilità del preparato. I derivati insolubili rimangono a lungo nel muscolo e non si riassorbono che lentamente e progressivamente, mentre invece i composti solubili sono assimilati rapidamente e non danno luogo che ad un deposito metallico insignificante. L'eliminazione bru-

sca e massiva di tali derivati solubili può provocare alterazioni renali, totalmente assenti negli animali trattati con i preparati insolubili, anche se dati a dosi elevate.

I composti insolubili non sono riassorbiti che dopo una preventiva solubilizzazione negli stessi tessuti. Sembra che questa sia facilitata dal processo locale di proteolisi leucocitaria. I derivati così solubilizzati contrarrebbero dei legami con le sostanze proteiche dei tessuti, formando dei composti proteo-bismutici in cui il bismuto si trova come dissimulato. Sotto tale forma, il bismuto circola nell'organismo e si elimina per mezzo dei reni. Se ne ha la prova nel fatto che il metodo istochimico è incapace di rivelare la presenza del bismuto nei tessuti (reni, cervello, milza) in cui invece i procedimenti analitici rivelano delle quantità relativamente considerevoli, dopo distruzione della sostanza organica.

Le analisi dimostrano che la maggior parte del bismuto si ritrova nello stesso punto in cui è stata fatta l'iniezione e che, fra i diversi organi (rene, polmone, milza, fegato, cervello, testicolo) i tre primi ne contengono la maggior parte.

Il bismuto può essere rivelato anche nel cervello e nel sangue circolante; in questo, il siero ne è assai più ricco che non le emazie.

La somministrazione del bismuto nel muscolo mette in opera dei fenomeni di diapedesi, di degenerazione e di rigenerazione, seguiti da un'organizzazione del tessuto interstiziale. Tali fenomeni reazionali sono tanto più marcati con i composti insolubili che coi solubili o con i composti proteometallici.

Di primo acchito potrebbe sembrare che alla fagocitosi si dovesse attribuire una notevole importanza per il riassorbimento locale del bismuto. Di fatto, i globuli bianchi, le cellule fisse e gli endoteli, in una parola il sistema reticolo-endoteliale fagocitano le particelle di bismuto al pari di qualsiasi corpo estraneo iniettato nelle stesse condizioni, ma è poco verosimile che le cellule fagocitarie assicurino la circolazione del bismuto nell'organismo. Tutto porta invece a pensare che i fagociti, inglobando il metallo, lo fissino sul posto e contribuiscano alla formazione del deposito bismutico, da cui dipende in gran parte il successo della bismuto-terapia continua ed efficace nella sifilide.

Tale deposito bismutico è di molto più abbondante con i sali insolubili che sono trattenuti dai tessuti per molti mesi e non sono liberati che assai lentamente. L'organismo si trova così continuamente in presenza di quantità relativamente minime di un composto organo-metallico dissimulato, di cui l'eliminazione progressiva assicura l'integrità funzionale del filtro renale. Tali quantità minime sono sufficienti per assicurare ad ogni momento la distruzione del treponema.

È interessante rilevare dalla seconda parte dello studio che la distruzione del treponema si opera in presenza di quantità del tutto infinitesime di bismuto. Tale distruzione sarebbe un processo di lisi in cui le tracce di metallo presenti avrebbero la parte di un catalizzatore, in rapporto ai principi spirocheticidi che l'organismo infetta, elabora ad un dato momento. È noto, di fatto, che bastano quantità minime di Hg, As, Bi, Va per accelerare in proporzioni considerevoli tale lisi lenta e progressiva. Si ha così un'analogia evidente con i processi di diastasi che vengono amplificati da tracce di catalizzatori metallici o da altri.

Dal punto di vista pratico, si deve quindi considerare la possibilità di dare, oltre all'azione sterilizzante propriamente detta, l'immunità chimica, molto prolungata che costituisce la caratteristica della bismutoterapia, alla quale nessun'altra terapia antisifilitica può essere paragonata.

fil.

ORGANI DIGERENTI.

Batteriologia e chirurgia gastrica.

(LÖHR. *Zentr. f. Ch.*, 1926, n. 26, p. 1618).

In generale si ammette, come risultato concorde delle ricerche recenti, che la flora gastrica dell'ulcera dello stomaco e del duodeno, fatte poche eccezioni, sia epatogena e ridotta, sia nel senso del numero che in quello del genere dei batteri, mentre invece nel carcinoma gastrico si trova una flora batterica molto più ricca: nel maggior numero dei casi una flora da intestino crasso, prevalentemente il gruppo coli-aerogene

L'A. ha potuto constatare che in seguito ad interventi gravi, specialmente sul tubo gastroenterico, la produzione di acido cloridrico dell'o stomaco si arresta per qualche tempo o per sempre e che a questo mutamento di reazione, la quale diventa alcalina, segue il cambiamento dell'a scarsa flora normale in una ricca flora del gruppo coli. Le condizioni anatomiche e fisiologiche per l'avvento di questa inversione di acidità non sono note. In ogni caso, questa scomparsa dell'acido cloridrico dallo stomaco interviene regolarmente soltanto in seguito a operazioni di qualche entità sullo stomaco e sull'intestino, siano esse eseguite in pura anestesia locale o in narcosi. Può stabilirsi anche a seguito di gravi operazioni sulle estremità o dopo lunghe narcosi, ma non regolarmente.

Questa constatazione indusse l'A. a ricercare nelle ulcere gastriche e duodenali perforate. In seguito alla perforazione si determina da princi-

pio lo stesso fatto che dopo operazioni sullo stomaco. L'innocua stimolazione peritoneale del primo stadio, determinato dallo scarso contenuto batterico dello stomaco, lascia posto ad una peritonite caratterizzata da rigogliosa flora del gruppo coli-aerogene. Questa flora patogena sale a poco a poco dagli ultimi tratti del tenue e dal crasso nelle vie intestinali più alte, in seguito a mancanza dell'acido cloridrico, attraversa la porta ulcerosa e giunge nella libera cavità addominale. Naturalmente, questo cambiamento di flora batterica, in un caso interviene prima, in un altro dopo e vi possono esercitare influenza anche rapporti locali, come sede e ampiezza della perforazione. Ma di regola si può dire che la peritonite precoce è innocua e caratterizzata da un determinato quadro della sua flora batterica, mentre invece la peritonite tardiva ha un carattere interamente diverso, maligno, che è quello della peritonite da coli.

Gli strepto- e gli stafilococchi che furono riscontrati nello stomaco non sono affatto patogeni e non hanno nulla a che vedere con lo streptococco emolitico o con lo stafilococco aureo o albo.

Quanto alla localizzazione della flora batterica nell'ulcera gastrica o duodenale, l'A. non esclude che per causa di embolie batteriche possano prodursi delle ulcere gastriche, e forse anche una gastrite, ma dimostrato non l'ha mai. E fra ricerche istologiche e ricerche batteriologiche corre una differenza fondamentale. I batteri trovati istologicamente erano giunti sulla mucosa gastrica dalla bocca ed ivi erano morti rapidamente: erano dunque dei cadaveri di batteri. Invece, nelle profonde escavazioni ulcerose riempite di tessuto granuleggiante si può immischiare e conservare una flora patogena come flora costante. Ma per lo più soltanto in stomaci con tasso acido molto basso.

L'esperienza fa ritenere non molto grande il pericolo di questi germi. Tuttavia si può consigliare, per prudenza, di non abbandonare a se stesso nell'addome il fondo di tali ulcere perforate in organi vicini, ma di escarizzarlo col termocauterio.

Nella chirurgia giornaliera dell'ulcera gastrica la flora del coli ci dà dunque poche preoccupazioni, perchè di solito alligna soltanto nelle anse più basse del tenue e nel crasso. Un chimismo gastrico normale le impedisce di trapiantarsi nello stomaco e nelle parti alte del tenue. Maggior pericolo deriva forse, durante una operazione sullo stomaco, dai germi immigrati dalla bocca, specialmente pneumococchi, streptococchi e stafilococchi. Ma anche questo è un pericolo che viene esagerato, perchè l'ambiente acido dello stomaco attenua la virulenza di questi germi e ne riduce di molto le possibili conseguenze. Tuttavia, lo studio batteriologico dello stomaco e dell'intestino richiede attenzione.

B.

Contributo alla chirurgia della tubercolosi intestinale.

(FUCHS. *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, 1926).

Dal 1904 al 1925 nella Clinica di Hochmegg sono stati studiati 116 malati con diagnosi clinica di tubercolosi dell'intestino. Fra i casi che avevano indicazione di urgenza per l'intervento riporta 7 casi di perforazione con consecutiva peritonite diffusa e che ebbero tutti esito letale; la perforazione era avvenuta per ulcera tubercolare dell'ileo, del colon trasverso, del sigma, dell'appendice; due altri casi furono operati per ileo acuto.

Il maggior numero dei malati presentava i sintomi di un ileo cronico raggiungendo la cifra di 61. Di essi 45 presentavano una tubercolosi ileocecale. Questa predilezione va spiegata secondo Kauffmann con il forte sviluppo in tale punto dell'apparato linfatico, secondo Auschütz e Hochenegg con il ristagno del contenuto intestinale che con alterazioni circolatorie può determinare un punto di minor resistenza.

Come fatto tipico contrario Küttner contrappone al tumore ileo-cecale tubercolare la tubercolosi isolata del colon ascendente, ma tale evenienza è molto rara, quindi non è un fatto tipico.

La stenosi si trovò in 7 casi nell'ileo, in 3 nel digiuno, in 3 nel digiuno ed ileo. Nel maggior numero le stenosi erano multiple in parte per cicatrici stenosanti, in parte per proliferazioni peritoneali. In qualche caso si trovò un lungo tratto continuo alterato con ulcere e cicatrici stenosanti. La diagnosi di natura della stenosi fu in molti casi trovata nella anamnesi con notizie familiari di malattie polmonari, pleuriti, carie, ecc., ma sopratutto nel riscontro di frequenti diarree. In qualche caso si intervenne con diagnosi di neoplasma. La difficoltà diagnostica è stata maggiore in casi di affezione doppia neoplastica e tubercolare di cui riferisce due storie.

Un punto non ancora chiaro è quello delle relazioni tra la tubercolosi ileo-cecale e l'appendicite sia dal punto di vista diagnostico come patogenetico. Alcuni osservatori credono che un'appendicite acuta o cronica può rappresentare il substrato per la localizzazione di un processo tubercolare (Delfino, Wiener, Uniewitsch) e tale idea è basata sull'osservazione di 494 casi nei quali la tubercolosi del grosso intestino si era sviluppata nella base di una appendicite o una colite.

Tale fatto non è negato dal materiale della

Clinica di Hochenegg ma bisogna osservare che talora la diagnosi differenziale tra le due affezioni è molto difficile ed inoltre che la tubercolosi intestinale può iniziare coi segni di una appendicite acuta o cronica. D'altro canto non si possono negare casi di una combinazione delle due affezioni, appendicite e tubercolosi ileo-cecale.

Dei 116 pazienti 29 non furono operati per controindicazioni dello stato generale, per contemporanei processi specifici floridi polmonari; 87 furono operati. Di questi 61 con i segni di stenosi intestinale cronica.

In 12 casi fu fatta la resezione ileo-cecale in un tempo con un morto, quindi con una mortalita operatoria di 8,3 %. Gli altri morirono alcuni dopo qualche anno, 7 furono guariti stabilmente. In un caso fu fatta l'asportazione del cieco e del colon fino alla flessura epatica e la chiusura di una fistola duodenale con guarigione. In 3 casi fu fatta la resezione dell'ileo con enteroanastomosi o ileocolostomia con guarigione. In 13 fu fatta l'esclusione totale dell'intestino secondo il metodo di Hochenegg con 4 casi di morte, cioè 30,77 %. La mortalità è più alta di quella con resezione perchè i casi erano naturalmente più gravi. Dei rimanenti 9, 3 morirono dopo 1-3 anni dall'operazione per tubercolosi polmonare, negli altri 6 si potè fare una estirpazione secondaria del pezzo escluso con 2 morti per peritonite. Dei 4 che sopportarono l'operazione 1 morì dopo 1 anno, 1 dopo 10 anni, gli altri 2 sono viventi rispettivamente da 10 e da 6 anni.

Così che la guarigione duratura con l'esclusione totale si è avuta in 3 su 9.

In 29 casi fu fatta l'enteroanastomosi, 5 nel tenue e 24 ileo-colostomie (sigma, colon ascendente, trasverso) con 5 morti (17,24 %). Dei rimanenti ha notizie solo di 13 di cui 6 morirono dopo 1-3 anni, 2 dopo 7 anni, altri 2 furono rioperati per stenosi.

R. BRANCATI.

La terapia dell'amebiasi intestinale.

(M. LÉGÈRE. *Paris médical*, dicembre 1925).

La terapia della dissenteria amebica richiede in uno con la massima prudenza, la sagacità più grande: la cura è dietetica e medicamentosa.

Benchè la chemioterapia abbia preso il sopravvento sulla dietetica, non bisogna dimenticare che l'intestino dell'amebico con le sue ulcerazioni in attività o cicatrizzate, è in stato di estrema fragilità. Bisogna perciò mantenerlo nel più completo riposo, evitare l'eccessiva pullulazione dei germi, diminuire le fermentazioni digestive. L'alimentazione varia con lo stadio della malattia: nel periodo acuto è consigliabile incominciare con un regime latteo assoluto a meno che non vi sia intolleranza, ma solo per tre o quattro giorni.

Il latte può essere assorbito in qualunque modo con qualunque aggiunta. Igiene della bocca dopo ogni singola presa. Al regime latteo segue un regime latteo farinoso con il quale continuiamo a fabbricare scarse tossine e a non irritare la mucosa intestinale: il latte è dato nella misura di mezzo, un litro al più. I farinacei sono indicati liquidi o solidi. Soppressione assoluta del pane; frutta cotta o marmellate. A poco a poco giungere al vero regime degli enterici che comporta quattro pasti al giorno, ben masticati, con scarsa introduzione di liquido durante il pasto (acqua pura o debolmente mineralizzata). Un certo numero di alimenti sarà proibito per lungo tempo (antipasti, carni marinate o con salse, salumi, ad eccezione del prosciutto magro, i pesci grassi, le uova dure od in omelette grassa, alcuni legumi: cavoli, pomodori, asparagi, ecc.), le frutta crude, specie le frutta acide od oleose. Il pane sarà mangiato in piccola quantità e leggermente tostato. Non si può stabilire dal principio la durata del trattamento dietetico; questo sarà guidato dall'esame delle feci. Il trattamento medicamentoso dell'amebiasi intestinale non si riassume solo nell'emetina: d'altra parte l'intervento medico non è lo stesso nella dissenteria acuta o in quella cronica.

Nella dissenteria acuta è necessario colpire forte: le iniezioni di emetina saranno fatte per via sottocutanea, poichè la via intravenosa non presenta alcun vantaggio superiore. Trattamento per dieci giorni consecutivi: 0.10-0.08 ctg. durante quattro giorni, 0.05-0.06 nei giorni seguenti, al giorno.

L'eliminazione dell'emetina avviene lentamente, per evitare i fenomeni di intossicazione una serie di iniezione non deve mai raggiungere la dose totale di 1 grammo. Nei bambini la dose va diminuita in proporzione. Durante il trattamento si consigli il letto ed il riposo assoluto, preavvertendo il p. dell'astemia profonda che egli risentirà. Allorchè l'emetina non ha condotto alla scomparsa delle amebe, è indicata l'aggiunta degli arsenobenzeni: è utile il metodo indicato dal Carnot: serie di 10 iniezioni, quotidiane, di emetina, poi ogni quattro giorni una iniezione endovenosa di novarsenobenzolo fino a dieci. Attenzione alla funzionalità epatica!

Lo stovarsol ha un'azione curativa superiore a quella degli arsenobenzoli, e presenta il vantaggio di essere assorbito per os. Tre o quattro compresse da 0.25 pro die, quattro giorni alla settimana, ovvero due compresse al giorno per un mese. Il treparsol alle stesse dosi sembra dare anche migliori risultati. Appartengono ormai alla storia: l'infuso, la decozione, la macerazione della polvere d'ipeca, la decozione di corteccia di simaruba (quassia), la corteccia di ailanthus glan-

dulosus, i grani della brucea sumatrana, il calomelano, rimedi tutti vantati contro l'amebiasi. Così sono da scartare gli oppiacei e le polveri assorbenti, antisettiche o non. L'elemento dolore sarà trattato con applicazioni calde asciutte o con semicupi. Alle passeggere infiammazioni della mucosa orale sarà provveduto con collutori borati.

Nella dissenteria cronica non dovremo per la cura riferirci a quella della forma acuta: il cloridrato di emetina utile contro le forme vegetative è presso che inutile contro le forme incistate; forse è anche possibile che si creino delle forme di amebe emetino resistenti. In tali casi è ingegnoso il metodo di Carnot: attivare la trasformazione delle cisti in amebe ed uccidere queste con l'emetina. Quindi occorre praticare: il primo giorno un clistere salino; l'indomani assorbe 15 grammi di tintura di gialappa composta, il terzo, il quarto ed il quinto giorno, emetina nella dose di ctg. 8 quotidiana. Questo trattamento è ripetuto cinque volte: otto, quindici, trenta e sessanta giorni dopo il precedente. Anche le pillole di Segond (ipeca, calomelano, oppio) hanno ottenuto buoni risultati nella dissenteria cronica.

Si può anche fare qualche tentativo con la pasta di Ravaut (ipeca, polvere di carbone, sottonitrato di bismuto): tre, dieci cucchiai da caffè al giorno.

Ancora più indicati nella dissenteria cronica sono lo stovarsol ed il treparsol: stesse dosi della acuta; è utile far precedere ciascuna serie dalla somministrazione per tre giorni consecutivi di piccole dosi di sale inglese il quale crea un mezzo favorevole alla trasformazione delle cisti in forme vegetative.

Utili si sono mostrati i clisteri continuati di nitrato di argento al 0.25-0.50 per mille di acqua distillata con aggiunta di 20 gocce di tintura di oppio, di permanganato di potassio al mezzo per mille, iodo iodurati, con ipecacuana, con liquore di Labarraque, con protargolo. Tutti questi lavaggi intestinali medicamentosi debbono essere preceduti da clistere di acqua bollita, e somministrati con sonde molli, lunghe.

È risultato utile anche il trattamento locale retto colico di Friedel: tre cucchiai di una soluzione di gelosio al venti per mille, sono versati in 350 cmc. di acqua calda: vi si aggiungano polveri inerti assorbenti (talco, bismuto, ossido di zinco) o prodotti medicamentosi (liquore di Labarraque, 20 gocce; creosoto emulsionato, 3 gocce; novarsenobenzolo, 0.30). Questo miscuglio denso è introdotto nel malato posto in decubito destro, per mezzo di una siringa di Guyon e di una sonda di Chatel-Guyon. Questa specie di medicatura ricopre non solo il retto, ma anche una parte del colon.

MONTELEONE

RICAMBIO.

Sulle concrezioni calcaree sottocutanee.

(GILBERT e POLLET. *Paris médical*, n. 44, 1925).

Possiamo con Brocq e Darier, riconoscere cinque gruppi di produzioni calcaree della pelle:

I veri osteomi della pelle.

I tumori sottocutanei secondariamente calcificati: epiteliomi, fibromi, cisti.

I fleboliti e gli ateromi calcificati.

I tumori pietrosi dei vecchi (lobuli adiposi calcificati della faccia interna delle gambe).

Le concrezioni calcaree sottocutanee.

In quest'ultimo gruppo si fanno rientrare quelle produzioni sottocutanee formate di sali di calcio od anche calcaree solo in apparenza, non rientranti nei primi gruppi. Possiamo distinguere due varietà di tumori calcarei cutanei, le concrezioni carbonato calcaree, e quelle fosfato calcaree.

L'osservazione di concrezioni calcaree data fin dal XVI secolo (Trincavella e poi Ambrogio Pareo, Falloppio). In seguito numerose furono le osservazioni: di esse noteremo otto osservazioni di concrezioni fosfato calcaree, sei osservazioni di concrezioni ove il carbonato di calcio predomina o è isolato: di esse solo ci occuperemo.

Le *concrezioni fosfato calcaree* sembrano un po' più frequenti nelle donne, l'inizio per lo più nella gioventù, la sede iniziale variabile (dita, gambe, gomito, lo scroto nell'osservazione degli AA.). Inizio subdolo: tumefazione dapprima molle, minima; ingrossamento progressivo, indurimento lento o d'emblée. Sono opachi ai raggi X, moriformi. Raramente la malattia resta localizzata: in genere dopo qualche mese o uno due anni, si generalizza e nuovi tumori si manifestano su tutta la superficie del corpo preferibilmente vicino alle articolazioni ed alle borse sierose. Quasi sempre indolenti: il dolore può apparire se si trovano in regioni ove sia possibile una pressione. Rari e tardivi i dolori lancinanti spontanei, ed i crampi. Possono osservarsi disturbi trofici e vaso motori, cianosi, pigmentazioni, asfissia delle estremità, sclerodermia. Eccezionalmente riassorbimento od espulsione spontanea: di regola persistenza o riproduzione dopo ulcerazione: la pelle sovrastante senza fenomeni infiammatori si perfora e lascia sfuggire una poltiglia come calce allungata. Se si manifestano suppurazioni si ha febbre ed alterazioni dello stato generale. Dal punto di vista biologico, nel caso degli AA. mentre il tenore delle urine in P_2O_5 ed in CaO era presso che normale, le cifre di queste due sostanze erano superiori alla norma, nel mentre le concrezioni erano composte del 63 % di fosfato di calce e del 7 % di carbonato.

Nelle *concrezioni carbonato calcaree* sembra predomini il sesso femminile, l'età è più avanzata, la sede iniziale sempre all'estremità dell'arto superiore. Inizio anche qui insidioso, ma i sintomi funzionali più accentuati, e costantemente nei casi osservati, l'associazione con la sclerodermia.

Anatomopatologicamente, sembra si debbano distinguere due varietà di queste concrezioni: alcune accompagnate a fatti infiammatori (infiltrazioni di cellule embrionarie, cellule giganti, figure parassitarie secondo Milian), altre senza tracce di infiammazione a tipo di deposito calcareo. Nel primo caso si tratta di nodosità dure, nettamente delimitate, in pieno tessuto sottocutaneo.

Nelle sezioni sembrano anfrattuose, con un centro di grani ovoidi duri nel mezzo ad una poltiglia di aspetto che può variare. Questa sostanza è limitata da un tessuto fibroso ove sono disseminati irregolarmente dei corpi rinfrangenti, di aspetto cristallino in rapporto con cellule giganti. Alla periferia si trovano capillari dilatati. Le glandole sudorifere sembrano talora cistiche.

Chimicamente si tratta sia di fosfato di calce, sia di carbonato di calce, sia di un miscuglio dei due sali. Che si tratti dell'uno o dell'altro la composizione calcarea spiega la sintomatologia radioscopica: i raggi X permettono la loro differenziazione dai tofi urici, e svelano le concrezioni già all'inizio allorchè hanno una consistenza cerea.

Patogeneticamente per Malherbe e Chenantais si tratterebbe sempre della calcificazione di ghiandole sebacee, per Unna la sede iniziale sarebbero le ghiandole sudorifere od il tessuto sottocutaneo vicino; Curtillet e Dor parlano della malattia cistica e calcarea delle ghiandole sudoripare; alle ghiandole sudoripare ectasiche pensa Malherbe. Poirier e Monin incriminano la calcificazione del contorno dei lobuli del tessuto adiposo; Toupet pensa ad una trasformazione in tessuto lacunare e poi infiltrazione di sali calcarei in un trombo. Lewinski emette l'ipotesi di un linfangioma circoscritto con trombosi calcificate. Per Milian e Duret l'origine è nelle borse sierose sottocutanee; Wildbolz pensa alla calcificazione delle fibre elastiche degenerate, Bayle alle fibre connettivali.

Alcuni AA. hanno sostenuto una teoria infettiva credendo in una coccidiosi: ma ad essa non potrebbe riferirsi che la prima varietà di concrezioni; alla maggioranza dei casi conviene attribuire la ragione in un disturbo del metabolismo del calcio portante ad una precipitazione dei sali di calcio nel sottocutaneo. Normalmente il calcio del sangue rimane nella fissa quantità di circa 110 mmgr. per litro di plasma: questa fissità è determinata dal meccanismo regolatore degli apporti e delle perdite, meccanismo che sembra regolato da una parte dal sistema nervoso vegetativo, dall'altra dalle glandole endocrine, in particolare tiroide, timo, e, specialmente, paratiroidi. Bellingheimer, Glaser, hanno dimostrato che l'irritazione simpatica diminuisce il calcio del siero, e che la vagotonia l'aumenta. Numerosi altri AA. hanno provato l'influenza delle ghiandole vascolari nel metabolismo del calcio. In generale, negli stati che si accompagnano con precipitazione calcarea sia in tessuti malati (ateroma arterioso, ecc.), sia in tessuti sani, si trova una manifesta ipercalcemia: il fatto però non è costante. Il meccanismo è perciò un po' enigmatico, ed allora, con Lénoir si può invocare una modificazione della qualità del solvente. Ad ogni modo sembra che la precipitazione calcarea non avvenga indifferentemente in un punto qualsiasi: forse occorre la coincidenza di disturbi circolatori locali, la coesistenza di sclerodermia, ecc. Sarebbe forse interessante stabilire con precisione il bilancio delle entrate del calcio e del fosforo nonchè delle uscite, per provare l'importanza dell'alimentazione vegetariana ricca di calcio. Ma il calcolo è oltremodo difficile e variabile, e d'altra parte sembra che il bilancio calcico dell'organismo dipenda meno dal tenore in calcio delle ingesta che dall'equilibrio acido-base del regime. Queste ed altre, sono nozioni interessanti, ma ancora insufficienti a spiegare la patogenesi intima delle concrezioni talora fosfatiche, talora carbonato calcaree, talora miste.

Per finire, nella diagnosi bisogna poco insistere sulla differenziazione dai tofi gottosi, uratici (sede elettiva, biopsia che mostra la presenza di urato di sodio, filiazione degli accidenti), di rado differenziarle da certi igromi cronici, da forme atipiche di malattie di Recklinghausen, dai frequenti ateromi calcificati dello scroto, dagli epiteliomi calcificati delle ghiandole sebacee, dai sequestri ossei.

Il solo trattamento curativo è il chirurgico facendo attenzione anche che il regime alimentare sia carneo. In base alle ricerche moderne si potrà tentare la cura adrenalinica alternata con medicamenti opoterapici.

MONTELEONE.

☛ *Interessante pubblicazione:*

Dott. CARLO SANTORO
Assistente negli Ospedali Riuniti di Roma

SINDROMI D'URGENZA
Cause, Diagnosi e terapìa

Prefazione dei Professori
TITO FERRETTI e GIOVANNI ANTONELLI
Chirurgo Primario — Medico Primario
negli Ospedali Riuniti di Roma

Un volume in-8° di circa 400 pagine, nitidamente stampato su carta semipatinata. In commercio L. **45** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **41.75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Trattato Italiano d'Igiene. Pubblicato per monografie sotto la direzione del Prof. O. CASAGRANDI. Unione Tipografico-Editrice Torinese.

Alla fervida attività del prof. Casagrandi ed alla lodevole iniziativa dell'Unione Tipografico-Editrice Torinese dobbiamo questo Trattato, di cui sono già apparsi quattro volumi. Per i volumi che abbiamo sott'occhio e per la valentia del direttore e dei collaboratori promette di riuscire completo ed in tutto rispondente ai bisogni dell'Igiene moderna. Questa, di fatto, ha ormai raggiunto un tale sviluppo da non poter più essere svolta da un solo individuo; da ciò la necessità di affidare ai competenti specializzati la trattazione delle singole branche. Nelle ventitrè monografie che compongono questo Trattato si trovano svolti tutti gli argomenti che possono interessare l'igienista.

Troviamo in queste prime puntate i seguenti volumi.

1) La Legislazione Sanitaria del Prof. T. Gualdi, un grosso volume di 472 pagine. In esso, dopo alcuni cenni storici, viene esposto lo schema dell'organizzazione della Sanità pubblica in Italia, trattando poi delle attribuzioni dell'Ufficiale Sanitario, l'impianto e l'organizzazione dell'Ufficio di igiene, il Regolamento locale di igiene, con opportuni commenti delle disposizioni legali. Nell'ampia appendice sono riportate le leggi, le istruzioni, i regolamenti interessanti l'igiene e gli schemi dei diversi moduli che riescono di grande utilità nella pratica.

In un'altra monografia di 153 pagine, con 57 figure, il Prof. V. De Giava si occupa dell'igiene del vestiario. In una prima parte sono studiate le fibre tessili e si danno nozioni sulla tecnica di fabbricazione dei singoli tessuti. Di questi vengono poi studiate le proprietà fisiche, e si danno le istruzioni per il loro esame. Vengono poi considerazioni generali sulle funzioni igieniche delle vesti e sul modo di vestire; nei due ultimi capitoli si studiano i danni che le vesti possono produrre, nonchè il consumo e la nettezza degli indumenti.

Al Prof. A. Ilvento è stata affidata la trattazione della igiene e delle malattie dello scolaro, che egli svolge in un volume di 591 pagine con una tavola a colori. In esso, dopo un capitolo sulle leggi italiane in materia, sono trattate le fasi della crescenza, il lavoro mentale, l'educazione fisica, le abitudini e le nozioni di igiene, le malattie più comuni dello scolaro (vasto ed interessante capitolo) e degli insegnanti, l'assistenza sanitaria scolastica, l'avviamento alla professione. Ricchi di particolari di grande utilità sono i capitoli sugli edifici e sugli arredi scolastici e sul servizio medico scolastico.

Daremo in seguito notizia delle altre puntate man mano che si pubblicheranno. Richiamiamo intanto l'attenzione sulla importanza di questo Trattato al quale non potrà mancare il favore degli igienisti.

fil.

GROTJAHN A. *Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung.* Un vol. in-8° di 344 pag. Urban e Schwarzenberg ed. Berlino, 1926. Prezzo M. 15.

L'A. esamina il problema dell'eugenica sotto tutti i punti di vista, offrendo su di esso una larga visione, considera quali ostacoli si frappongano al conseguimento degli scopi dell'eugenica stessa e quali rimedi si possano mettere in opera, fra cui anche delle leggi adatte. Di notevole interesse per il medico è il capitolo sulla ereditarietà e sui modi di migliorare la costituzione della popolazione; in esso si danno anche utili consigli pratici di eugenica.

Tutto il libro, ricco di dati e di statistiche, si legge con piacere anche perchè, pur non essendo privo di qualche accenno nazionalista, è improntato ad una grande obbiettività e ad una vasta comprensione dell'importante problema.

fil.

H. TRUC. *Hygiène oculaire et inspection du travail.* Editori Masson e C., Parigi. Fr. sviz. 2.40

L'A. studia le condizioni ambientali e di lavoro che hanno influenza sugli occhi e sulla funzione visiva, soffermandosi a trattarne per tutte le specialità: uffici, magazzini, laboratori, officine, miniere, campi, ferrovie, marina, esercito. E per ciascun genere di lavoro l'A. espone le misure profilattiche, sopratutto nei riguardi dell'illuminazione, atte ad impedire lo sviluppo di affezioni oculari e a prevenire i difetti visivi. Un intero capitolo è dedicato alla protezione oculare e visiva del lavoratore sia con cautele individuali, sia con le disposizioni regolamentari e legislative. In altro capitolo è trattato l'argomento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, della simulazione e dissimulazione delle affezioni e delle condizioni dell'organo della vista.

DR.

PERGOLA M. *Nuovo metodo per la ricerca e la dimostrazione del bacillo difterico.* Un vol. in 8° di pag. 183 con numerose tavole. Provveditorato Generale dello Stato. Libreria, 1926. Prezzo lire 12.

La ricerca del B. difterico è indubbiamente uno degli esami più frequenti che vengono fatti nei laboratori di vigilanza igienica e dovrebbe essere

eseguita anche più spesso se si volesse sul serio praticare la profilassi andifterica. Fra i molti metodi proposti per tale ricerca si usa quasi sempre il siero di Löffler, che però presenta, con innegabile vantaggi, anche degli inconvenienti.

Il prof. Pergola, del Laboratorio batteriologico della Direzione gen. di San. Pubblica, fin dal 1916 ha studiato un nuovo terreno al siero-uovo-tellurito che può senza esitazione chiamarsi elettivo e dimostrativo. Largamente provato anche da altri sperimentatori, esso dà risultati assai superiori a quelli del siero di Löffler, fornendo una percentuale di positivi del 45.8 %, in confronto del 16.76 che si ottiene con quest'ultimo. La sproporzione risulta ancor maggiore quando si usano i due terreni solidificati a becco di flauto in tubi avendosi allora il 20.89 % di positivi nel Löffler contro il 64.91 nel Pergola.

Il metodo, di una grande semplicità, merita quindi di essere introdotto nella pratica corrente degli esami. Su di esso, sulla preparazione dei terreni, sull'esame delle colture e dei preparati, il P. dà in questa sua monografia precise e minuziose indicazioni che rendono agevole a chiunque l'esecuzione della ricerca. Il lavoro comprende anche uno studio generale sui diversi metodi e sulle modalità per accelerare la diagnosi batterioscopica col metodo dell'A.

Le diverse tavole, parecchie delle quali colorate, riproducono efficacemente l'aspetto dei terreni con e senza sviluppo del bacillo difterico e l'aspetto di questi nei preparati.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Italiana di Pediatria.

(Sezione Veneta)

Padova, 26 ottobre 1926.

La riunione è stata tenuta a Padova nella Clinica Pediatrica della R. Università.

Sono presenti numerosi soci, alcuni professori dell'Ateneo patavino, assistenti e molti medici di Padova e dintorni.

Tiene la Presidenza il prof. BERGHINZ, assistito dal vice-presidente dott. SMANIOTTO.

Apre la seduta il PRESIDENTE, che dopo aver ringraziato i convenuti delle varie città del Veneto, accenna all'impulso dato dal Governo Fascista a tutte le opere di protezione dell'infanzia.

Questa è la prima nostra riunione, egli dice, dopo la promulgazione della nuova legge sulla protezione della maternità ed infanzia, e noi pediatri vediamo in questa legge fascistissima, una magnifica realizzazione di quanto abbiamo sempre auspicato. L'anima dei precursori, primo tra tutti Vitale Tedeschi vede ora il coronamento del sogno.

L'O. entra quindi a parlare di una malattia importante sia per la sua epidemiologia che per il trattamento terapeutico, cioè della malattia di Heine Medin. Accenna come da qualche anno i casi sieno andati aumentando di frequenza tanto che gli è difficile passare una settimana senza vedere qualche nuovo ammalato.

Parla della varia sintomatologia clinica, e della possibilità dell'accertamento batteriologico colturale col mezzo della puntura lombare fatta nei primi giorni di malattia, della poca fede nella efficacia della cura Bordiè, dei brillanti risultati ottenuti nella Clinica del prof. Simonini di Modena (Bergamini) ed afferma che essa costituisce un notevole progresso nella terapia delle paralisi infantili.

Rende quindi noti i risultati ottenuti su di una settantina di suoi ammalati trattati con questo metodo Bordiè. A completamento della sua relazione legge la tecnica del trattamento usata dal radiologo dott. Chizzola dell'Ospedale Civile di Udine.

Comunicazioni.

G. BERGHINZ. — *Un caso di miosite ossificante progressiva (morbo di Münchmeyer).* — L'O. illustra un caso tipico di miosite ossificante in cui le lesioni incominciarono a cinque anni. Il decorso negli anni successivi fu graduale e progressivo tale che ad otto anni la paziente presentava alla schiena, al collo, al torace ed al bacino moltissime rilevatezze dure, lapidee, facenti sporgenza sotto la pelle. Si era venuta lentamente installando una rigidità di molti gruppi muscolari per una ossificazione degli stessi. Gli avambracci flessi sulle braccia ed il torace quasi foggiato a piastrone per ossificazione dei muscoli intercostali.

Anche in questo caso si escludeva la lue, la tubercolosi e qualunque causa occasionale, avvalorando così l'ipotesi che la malattia tragga il suo primo movente da una anomalia costituzionale congenita (la microdattilia suffraga questo concetto).

G. BERGHINZ. — *Su di un caso di acondroplasia fetale.* — L'O. parla intorno ad un tipico caso di bambina affetta da acondroplasia. La prima volta venne alla sua osservazione a 14 mesi, la seconda ad 8 anni e mezzo affetta da lue acquisita (siphilis insontium). Illustra il caso con fotografie e radiografie, legge le deviazioni da lei presentate alle due età mettendo in evidenza come queste sieno andate peggiorando con la crescita.

G. SALVIOLI. — *Dati statistici e problemi diagnostici intorno ad alcune forme addominali nel bambino.* — Vengono presi in considerazione i casi, osservati nella Clinica Pediatrica negli ultimi anni, di tutte le malattie acute addominali che si rivelano con i segni clinici di una sofferenza acuta del peritoneo, ossia peritoniti acute, appen-

diciti, invaginazioni, ostruzioni, tubercolosi acuta del peritoneo. Oltre a questa forma acuta di tubercolosi del peritoneo viene presa in considerazione la forma cronica più frequente a riscontrarsi.

Vengono poste in luce le peculiarità cliniche riferibili all'età dei pazienti di ogni singola affezione e le osservazioni riguardo all'eziologia e alla patogenesi loro.

Sono più dettagliatamente esposte le forme in cui la diagnosi si dimostrò difficile e quindi spiegabile ne era l'errore di interpretazione.

La conoscenza di questi possibili errori diagnostici, può in casi particolari, indirizzare nelle giuste diagnosi e nel conseguente esatto trattamento medico-chirurgico.

SMANIOTTO. — *Su di alcuni casi di morte improvvisa nella infanzia.* — Al contributo delle morti improvvise nell'infanzia l'O. riferisce di cinque casi di morte improvvisa osservati nell'ultimo biennio nel brefotrofio di Padova. In un bambino di sette mesi affetto da asma timico fu trovato un enorme timo del peso di 30 gr. Due bambini morti fra gli 8-10 mesi erano spasmofilici; in questi non fu trovata alcuna ipertrofia del timo. Due eredoluetici di 1-2 anni, profondamente anemici, rachitici, spasmofilici, anche in questi non ipertrofia del timo. Nessuno presentava lo status linfaticus. L'O. ritiene varie le cause di morte improvvisa, spesso dovuta a laringospasmo.

VERONESE. — *Diatesi tetanoidea e fattore ipocalcioemico.* — Discusse brevemente le varie teorie patogenetiche della tetania infantile, l'O. distingue la spasmofilia dalla diatesi tetanoidea vera. Riferisce un caso di diatesi tetanoidea seguito nelle sue varie vicende dall'età di tre giorni a quella di tre anni, nel quale furono praticate accurate ricerche sul quantitativo di calcio nel sangue e conclude che la tetania è una forma costituzionale, diatesica, che sovente segue l'individuo durante tutta la vita. Molte delle ritenute cause patogenetiche non sono che fattori accessori. Caratteristica della diatesi tetanoidea è una imperfezione funzionale delle paratiroidi, in primo tempo, e conseguentemente per anormali stimoli ormonici, di altre ghiandole a secrezione interna, specialmente del timo, nei primi mesi di vita. I soggetti affetti da tale diatesi possono manifestare più o meno dimostrabili i segni della tetania latente ma non presenteranno i fenomeni della sindrome tetanoidea fino a quando non intervenga una causa capace di determinare nel loro organismo una ipocalcioemia.

CANTILENA A. (Venezia). — *Corpo estraneo nel bronco sinistro. Espulsione spontanea. Guarigione.* — La diagnosi di corpo estraneo nei bronchi, è facile quando si sia sicuri della penetrazione del corpo stesso nell'albero respiratorio. Può aiutare la radioscopia. Quando però sfugge il momento etiologico, e, per la natura (organica) del c. e., la radioscopia è muta, allora essa è molto difficile. Bisogna dare grande importanza all'insorgenza improvvisa dell'asfissia ed alla speciale sintomatologia: accessi di tosse crupale, pertussoide, ad accessi asmatici, al respiro a carattere prevalentemente espiratorio, ai segni obiettivi dell'ottusità, con scomparsa del fremito e del murmure. (Atelettasia).

L'O. cita un caso di un bambino di nove mesi che aveva ingoiato con probabilità un pezzetto di corteccia di pesca, che rimase nel bronco sinistro per circa un mese con la sintomatologia suddetta e che venne spontaneamente espulso con guarigione completa. La radioscopia fu per due volte negativa e si erano formulate le più svariate diagnosi.

PAOLO IACCHIA (Trieste). — *Le stomosine antitubercolari nell'infanzia.* — Riferisce su 54 casi di bambini e adolescenti curati nel corso di due anni all'Ospedale per gli orfani di guerra con stomosine antitubercolari. Risultati ottimi nelle pleuriti tbc., buoni o discreti in alcune forme articolari, cutanee, oculari, scarsi in genere nella tbc. polmonare. Tolleranza alla cura in massima buona.

ZANELLI (Udine). — *Su di un caso di linfosarcoma primitivo del timo.* — L'O. riferisce su di una bambina di 10 anni con versamento pleurico ed evidentissima sindrome da compressione degli organi mediastinici. Per vari motivi esclusa la pleurite tubercolare che si poteva supporre per dati anamnestici, si ammise l'esistenza di un tumore del mediastino che si riscontrò infatti alla sezione cadaverica. Fatta diagnosi differenziale tra linfosarcoma delle ghiandole e sarcoma primitivo del timo, aiutati in questo anche dall'esame microscopico del preparato istologico del tumore in parola, si conclude trattarsi di un raro caso di sarcoma primitivo del timo.

A. BACCICHETTI. — *Ricerche sul potere coagulante del sangue nell'infanzia.* — Accennato alle varie teorie ed ai metodi più usati per determinare il potere coagulante del sangue, l'O. espone i risultati delle sue ricerche eseguite sia su bambini sani a varia età che su bambini durante il decorso di svariate malattie. Esso ha trovato che il potere coagulante del sangue è una costante fissa non influenzabile dai comuni processi fisiologici quali la digestione; è un po' maggiore nei lattanti sopratutto al seno e decresce nelle epoche successive. Varia di poco durante il decorso di processi infettivi e tende appena cessato il processo morboso a ritornare normale. Le maggiori variazioni le trovò nei processi broncopolmonari acuti, nelle nefrosi, nella tubercolosi, nella tetania.

ANDREA PAGANI-CESA. — *Prove di trattamento della rachitide col lattato di stronzio.* — L'O.,

dopo aver spiegato il paradosso del come può essere usato nella terapia della rachitide un farmaco che ha la proprietà di produrre una rachitide sperimentale, espone le sue esprienze personali eseguite su tredici bambini tipicamente rachitici.

Egli somministrò per 40 giorni a ciascuno di essi 7 gr. di lattato di stronzio e li seguì dal principio della cura fino a tre mesi dopo di essa con ripetuti esami clinici, ematologici e radiologici.

Clinicamente dice che il farmaco viene tollerato benissimo; però non dà vantaggi molto evidenti nei riguardi della ossificazione. Ematologicamente produce un miglioramento evidente nei riguardi del sistema emopoietico potuti controllare da un aumento costante dei globuli rossi. Dà inoltre una forte eccitazione degli organi linfatici dimostrata da una fortissima leucocitosi.

Dall'esame delle lastre radiografiche praticate in serie, egli può asserire che se in alcuni casi si potè osservare dei miglioramenti, in altri vi fu un effetto nullo ed in uno un peggioramento.

Concludendo dice che al punto come stanno oggigiorno le nostre conoscenze sullo Stronzio usato nella terapia del rachitide non si può formulare giudizi su di esso, ma esso deve rimaner ancora nel campo del controllo sperimentale.

G. HALFER. — *Trattamento delle broncopolmoniti infantili con l'Omnadina*. — Dopo aver trattato con successo 23 casi di broncopolmoniti infantili con l'Omnadina, l'O. crede di vedere in questo preparato un rimedio superiore agli altri usati nella proteinoterapia aspecifica.

G. ROI. — *Su di un caso di acromegalia con gigantismo in soggetto eredo-luetico*. — L'O. riferisce su di un caso di acromegalia con gigantismo in un bambino eredo-luetico di tre anni e mezzo. La diagnosi clinica era confermata dal reperto radiologico. Dai dati potuti raccogliere l'O. stima di trovarsi di fronte a un caso di acromegalia congenita. Discute sull'influenza che l'infezione luetica può avere avuto nel produrre la sindrome osservata.

B. GIROLAMI. — *Contributo alla vaccinazione pertossica*. — L'O. parla della vaccinazione pertossica sia profilattica che curativa praticata in 47 bambini degenti in Clinica, usando in grande maggioranza il vaccino dell'Istituto Sier. Mil. Profilatticamente ha ottenuto una percentuale a favore del 67 %. Curativamente risultati ottimi ad intervento molto precoce, meno soddisfacenti ma sempre confortanti ad inizio tardivo della vaccinazione.

PAGANI-CESA.

Società Medico - Chirurgica Bellunese.

Sedute del 5 maggio e del 2 giugno 1926.

Presidenza: prof. PIERI, presidente.

Dott. SPANIO. — *Sul moderno concetto di nevrosi.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

L'inversione circolatoria degli arti come cura preventiva della cangrena ischemica.

Prof. G. PIERI. — L'O. presenta un uomo di 78 anni che nello scorso inverno accusò spiccato senso di freddo ai piedi, dopo di che si stabilirono dolori sempre più vivi al piede sinistro, e insieme comparvero disturbi trofici (la pelle del dorso e del collo del piede divenne brunastra e coriacea, le dita del piede si fecero pallide, fredde, ipoestesiche). La radiografia dimostrò calcificazione delle arterie dorsali e plantari del piede.

Il 15 marzo in rachianestesia furono scoperti i vasi femorali al triangolo di Scarpa, e sezionati subito al disotto dell'origine dei rami femorali profondi; quindi si eseguì l'innesto terminale del moncone arterioso prossimale col moncone venoso distale, usando la tecnica di Carrel; i monconi periferico dell'arteria e centrale della vena furono legati.

All'operazione seguirono tumefazione forte e ipertermia di tutto l'arto, che regredirono in poche settimane. Il piede ha ripreso il suo normale aspetto, l'arto è ancora lievemente tumefatto e con circolazione venosa della cute molto evidente, il malato può camminare anche a lungo senza avvertire dolori. Sembra dunque si possa parlare di un successo.

L'anastomosi arteriovenosa proposta nel 1901 da San Martin y Satrustegui per la cura della cangrena senile, non incontrò molto favore, sia perchè a cangrena conclamata e quindi necessitante l'amputazione non sembrò molto vantaggioso aggiungere un complesso intervento vasale, sia perchè in quell'epoca la tecnica della chirurgia dei vasi non aveva raggiunto gli attuali perfezionamenti. Essa sembra invece trovare le sue migliori indicazioni non nella cangrena in atto, ma nei disturbi circolatorî premonitori, specie se la radiografia dimostri la calcificazione delle arterie del piede.

Radicolite secondaria a lesione traumatica vertebrale.

Dott. A. SPANIO. — In un paziente, che lamentava da circa 5 mesi un leggiero dolore alla regione dorsolombare irradiantesi verso l'ipocondrio destro si constatavano modica dolorabilità alla pressione e nei movimenti del tratto rachideo dorsolombare e una zona di leggera iperestesia diffusa a fascia sul tronco fra l'ottava vertebra dorsale e la seconda lombare; il liquor a normale pressione e composizione, e la Wassermann, la

cutireazione, l'analisi delle orine negative; la radiografia rivelò la presenza di una scheggia metallica all'altezza della settima vertebra dorsale, a livello dell'apofisi trasversa destra che appare deformata. Tale proiettile era stato causa di una ferita riportata in guerra dal paziente e alla quale egli non aveva data alcuna importanza.

Dopo eseguita la puntura lombare (con estrazione di 20 cc. di liquor) i dolori accusati dal paziente cessarono definitivamente.

L'O. fa diagnosi di radicolite della 7ª, 8ª e 9ª radice dorsale, che gli sembra di poter mettere in rapporto con una forma di neurite ascendente di origine traumatica.

Due casi di morbo di Riedel.

Dott. L. AGNOLI. — L'O. illustra due casi di tiroidite lignea, il primo guarito dopo intervento chirurgico, l'altro spontaneamente.

L'O. accenna alla oscura etiologia della malattia, e crede di poter escludere l'ipotesi recentemente addotta (G. e R. MONOD) di una costante origine luetica. Si tratta di una malattia rara (23 casi nella letteratura), e che guarisce con la escissione parziale dei tessuti alterati, o con la semplice incisione, e talora anche spontaneamente.

Sopra un caso di difetto congenito di sviluppo genitale.

Prof. A. PONZIAN. — L'O. riferisce il caso di una ragazza di 26 anni, sordomuta, che fu sempre regolarmente mestruata dai 14 anni in poi, e nella quale da alcuni mesi erano insorti dolori al quadrante inferiore destro dell'addome.

Alla operazione l'O. trovò: ovaio e salpinge di destra aderenti fra loro e con gli organi vicini per briglie infiammatorie; utero parzialmente bicorne, bipartito internamente, bicolle; la metà sinistra dell'utero immetteva nella vagina pervia, la metà destra in un cul di sacco, che altro non era se non un tratto di vagina sviluppato solo per pochi centimetri di lunghezza e corrispondente al tubo di MÜLLER di destra, non più saldatosi con quello del tubo opposto.

L'O. praticò l'annessiectomia destra e la isterectomia subtotale, con drenaggio nella vagina pervia del cul di sacco vaginale.

Tale radicalità di intervento sembra all'O. giustificata, sia perchè la quasi mancanza della vagina di destra non avrebbe permessa una opportuna operazione di plastica, sia perchè la anormale conformazione dell'utero aveva reso impossibile la emiisterectomia.

Note di pratica vaccinoterapica.

Dott. C. PAGANI. — Il gruppo più numeroso di casi sottoposti a vaccinoterapia è stato quello di ammalati di pertosse (circa una quarantina) nei quali la terapia fu iniziata in stadi diversi di sviluppo della forma morbosa. Quando la cura fu applicata appena confermata la natura specifica della tosse i risultati furono sempre ottimi, e la guarigione completa si ebbe in un lasso da 8 a 12 giorni; quando la vaccinoterapia fu applicata nel periodo di stato il miglioramento fu meno deciso e sollecito.

Un gruppo di infezioni stafilococciche comprende quattro casi di favi gravi ed estesi tutti guariti, in tre dei quali si ebbe rapida guarigione con eliminazione di tessuti necrotici, nel quarto (un diabetico) si dovè integrare la vaccinoterapia colla cura chirurgica. Risentirono anche benefico effetto dalla vaccinoterapia antistafilococcica anche due casi di sicosi della barba.

Il vaccino gonococcico fu usato vantaggiosamente in una diecina di malati, e si dimostrò sopratutto efficace nelle forme croniche; specialmente notevole un caso di ostinata prostatite gonococcica in cui si ottenne un ottimo e rapido risultato.

I vaccini impiegati furono di provenienza diversa, e i vaccini nostrani non si dimostrarono inferiori a quelli di marca estera.

Sindrome asfittica acuta da ascesso pottico.

Dott. R. BROGLIO — Una bambina di 4 anni entra di urgenza in Ospedale in preda a fenomeni asfittici con tirage accentuato e cianosi della faccia. I famigliari riferiscono che la difficoltà respiratoria si è iniziata alcuni mesi prima, sembra in seguito a una bronchite, e si è accentuata da qualche giorno. La bambina è cosciente, ma non parla e a stento riesce ad inghiottire liquidi.

L'esame obbiettivo, sommario per le condizioni della malata, nulla dimostrò all'infuori dei sintomi corrispondenti al grave stato di asfissia, che peggiorò rapidamente, finchè, mentre si prepara il necessario per l'operazione il respiro si arresta.

Si pratica immediatamente una tracheotomia bassa; il respiro ricompare, ma sempre dispnoico.

Si esegue un esame radioscopico che dimostra una grossa ombra retrosternale.

Si pensa allora a una ipertrofia timica e si pratica immediatamente la timectomia, ma il timo è di poco superiore alla norma, il respiro non migliora e la bambina muore in asfissia dopo un quarto d'ora.

L'autopsia dimostra un ascesso grande quanto un arancio che proviene dal corpo della terza vertebra dorsale (il quale appare totalmente distrutto) e che comprime l'esofago, e anche la trachea posteriormente e sui lati.

Dott. G. LOCATELLI, *segretario.*

Interessante pubblicazione:

Dott. G. GIULIANO PERONDI
Docente di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Roma

Il sistema cutaneo nella gravidanza Fisiologica e Patologica

Un volume in-8 grande, di pag. 275, nitidamente stampato, con due Tavole fuori testo. Prezzo L. 50. Per i nostri abbonati sole L. 47, franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Il reumatismo cardiaco evolutivo.

Quando l'endocardio è toccato durante un attacco di reumatismo articolare acuto, qualsiasi altro attacco del reumatismo articolare acuto può produrre sull'endocardio del malato una nuova localizzazione infiammatoria di gravità eccezionale. Durante il decorso di un'insufficienza mitralica, la comparsa di una febbricola continua può indicare il risveglio della malattia. Tali attacchi di reumatismo possono ripetersi per dei mesi, come dimostrano Ribierre e Plichon (*Thèse de Paris* e *Journal des praticiens*, 25 gennaio 1926) e dare così la forma che detti AA. chiamano di reumatismo cardiaco evolutivo.

Il carattere di « evolutivo » può affermarsi fin dall'inizio oppure secondariamente. Nel primo caso, dopo un primo stadio di 3-4 settimane in cui endocardio ed articolazioni sono prese contemporaneamente, calmati i fenomeni infettivi e quando non resta che un'insufficienza mitrale, si vede comparire ancora qualche attacco febbrile. Il malato sembrava guarito; invece, si producono ogni tanto dei brevi accessi febbrili, accompagnati da disturbi dolorosi, da aumento dell'area cardiaca, da smorzamento dei toni e da diminuzione del primitivo soffio organico. Si sente talora un altro soffio organico od un soffio di dilatazione funzionale. Questi segni che possono ripetersi per dei mesi indicano l'evoluzione di una pancardite a riprese, in cui sono presi l'endocardio, il pericardio ed in cui la compartecipazione del miocardio è dimostrata da dispnea, epatomegalia dolorosa, oliguria ed edemi leggeri.

Durante lo svolgersi di tali sintomi, la febbre è poco elevata ed il reumatismo si svela appena con piccole artralgie fugaci al 2°-3° giorno degli attacchi febbrili. Dopo qualche settimana, la febbre cade e può scomparire l'iposistolia infiammatoria; alla cardite evolutiva può succedere la cardiopatia cicatriziale, ma può prodursi un'insufficienza cardiaca irriducibile.

Nella forma secondaria, la recidiva reumatica si accompagna a dispnea, a dolori angosciosi, l'ottusità cardiaca aumenta, il fegato sporge sotto l'arco costale. Si ha una tachiaritmia completa e la temperatura si eleva mantenendosi verso i 38°. L'andamento di questa forma è assai più grave che in quella primariamente evolutiva. I segni di miocardite e spesso di pancardite con versamento si associano al quadro dell'endocardite. In poche settimane si stabilisce un'asistolia intensa con febbre. Si hanno remissioni precarie, transitorie ed in qualche mese si va verso lo stato di cachessia cardiaca, con infezione, che termina talora con un accidente brusco che colpisce il malato in piena conoscenza.

La diagnosi è spesso difficile; si deve ricercare attentamente il reumatismo articolare acuto che talora sfugge. Si ha troppo spesso tendenza ad incriminare un'infezione streptococcica o un'endocardite subacuta. Le maggiori difficoltà diagnostiche però si presentano con l'endocardite lenta, che ha evoluzione più continua, più lunga, meno intramezzata da periodi di calma; il segno delle dita, l'emocultura daranno indicazioni utili.

La diagnosi esatta non è senza importanza perchè nelle forme reumatiche si daranno, con i tonici cardiaci, i salicilati e vi si aggiungerà il ghiaccio sulla regione cardiaca; nel caso di versamento pericardico, si potrà fare la puntura.

fil.

Le cardiopatie della pubertà.

Le cardiopatie, piuttosto rare nella prima e seconda infanzia, assumono invece una certa frequenza alla pubertà, epoca in cui la iperattività degli ormoni mette l'individuo in condizioni di esaltare o determinare delle lesioni endo- peri- o miocardiche.

Bisogna però tener presente che in tale periodo dello sviluppo vi possono essere disturbi subbiettivi dell'apparato circolatorio che non hanno nessuna importanza, essendo dovuti a semplici irritazioni neurosiche; essi sono spesso accompagnati da accelerazione permanente della frequenza del polso e da aritmia respiratoria o tipo giovanile di aritmia, secondo la denominazione di Mackenzie.

È quindi necessario ricorrere a metodi che ci pongano in condizioni di fare una diagnosi precoce, molto tempo prima che sopravvengano i fenomeni dell'insufficienza cardiaca. Grande importanza si deve attribuire all'osservazione del contegno del ragazzo durante il giuoco e sottoporre ad accurato esame quello che dopo la corsa o pochi salti è costretto ad allontanarsi dal giuoco. L'aumento nel numero delle pulsazioni ed il tempo che occorre perchè queste ritornino al numero normale sono di notevole importanza per stabilire il grado di resistenza cardiaca, ma sono però soggette all'influenza nervosa e quindi talvolta fallaci.

Maggior fiducia accorda J. Alvarez-Sierra (*Medicina ibera*, 4 settembre 1926) ad altri segni fra cui egli cita:

Il segno di Herz: si fa flettere fortemente

l'avambraccio sul braccio: in caso di debolezza cardiaca si osserva bradicardia.

Il segno di Mendelssohn: bradicardia che si osserva nel cuore debole dopo la lettura a voce alta continuata per venti minuti nel primo giorno e quaranta nel secondo.

Il segno di Katzenstein: consiste nello studio delle modificazioni che si osservano nel numero delle pulsazioni e nella tensione quando si esercita con le dita una compressione delle femorali continuata per non meno di due minuti e mezzo. Con il cuore debole si ha tachicardia ed abbassamento della pressione.

Oltre ai segni classici delle endo- e pericarditi, si deve fare attenzione nel cosidetto cuore giovanile alla clorosi, all'oppressione toracica, alle palpitazioni, alla dispnea, alla propulsione del battito della punta e si deve inoltre tener presente l'ipertrofia cardiaca del rachitismo e dell'ipertrofia del timo.

fil.

La pervietà del dotto arterioso.

W. Gordon (*British Med. Journ.*, 29 maggio 1926), nel riferire sopra un caso di mancata obliterazione del dotto arterioso in un uomo di 31 anni, mette in rilievo i segni che lo hanno condotto alla diagnosi. Di particolare importanza è il rumore, che sarebbe patognomonico, consistente in un murmure continuo, con aumento sistolico, che si spegne soltanto alla fine della diastole. Esso è stato anche chiamato rumore a tunnel o da macchinario ed è del tutto differente dagli altri rumori cardiaci. Può peraltro essere prodotto anche da un aneurisma atorico che si apre dell'arteria polmonare; l'anamnesi e l'esame radioscopico possono chiarire questo punto.

La diagnosi viene poi confermata dalla presenza: 1) di un'ottusità a nastro; 2) dall'accentuazione e divisione del secondo tono in basso; 3) dall'ineguaglianza dei polsi, insieme con una certa dilatazione del cuore destro e l'osservazione radioscopica di una dilatazione e di pulsazioni dell'arteria polmonare.

L'A. ha inoltre osservato un segno non notato da altri, cioè la pulsazione visibile delle arterie che egli attribuisce alla notevole differenza che l'anormale condizione produce fra pressione sistolica e diastolica.

Nella diagnosi si deve poi considerare la possibilità di un regurgito aortico e di stenosi polmonare congenita. Per quanto riguarda quest'ultima, si osserva che trattasi di una condizione di estrema rarità, in cui il rumore non appare doppio, nè col suo massimo al secondo spazio, come invece si aveva nel caso dell'A. in cui vi era anche un aumento del secondo tono polmonare.

La pervietà del dotto arterioso può scomparire quando il paziente è ancora nei primi anni di vita. La vita del paziente con questa malformazione può essere anche abbastanza lunga; si citano casi durati fino a 47 e 53 anni. Spesso si hanno verso la fine dei sintomi anginoidi; come in tutte le malformazioni cardiache, si ha in questa una tendenza all'endocardite infettiva.

Come trattamento sono indicati: il riposo, dapprima in letto e poi in casa, evitando ogni sforzo, piccole dosi di ioduro di sodio, arsenico, digitale e forti dosi di stricnina, insieme con una buona alimentazione.

fil.

I fattori etiologici dell'angina pectoris.

Lo studio di 82 casi di angina pectoris fa giungere M. H. Kahn (*Am. Journ. Med. Sc.*, n. 653, 1926) alle seguenti conclusioni etiologiche.

Circa nel 25 % dei casi l'accesso ricorre prima del 40° anno di età, con la proporzione di 65 maschi per 17 femmine. Il tabacco e l'alcool sono elementi coefficienti.

Il fattore immediato più importante che precede l'attacco è rappresentato da un improvviso ed eccessivo sforzo, il quale tanto più si farà risentire, per quanto più l'individuo era abituato a vita sedentaria.

Le malattie infettive acute, quali il reumatismo e le angine hanno grande importanza nel provocare le alterazioni anatomiche nell'aorta e nelle coronarie.

La sifilide sarebbe stata riscontrata dall'A. in soli 3 casi (!); il diabete in 10; e in 3 casi coesistette un'affezione della vescicola biliare.

Nessuna relazione etiologica esisterebbe tra pressione arteriosa e l'attacco di angina.

M. FABERI.

TERAPIA.

Siero- e vaccinoterapia delle bronco-polmoniti dei bambini.

D'Oelsnitz (*Journal de médecine de Paris*, 5 luglio 1926) dimostra l'utilità di associare i sieri con i vaccini nel trattamento delle polmoniti acute. Egli consiglia di riservare la sieroterapia per via parenterale (endomuscolare ed eccezionalmente endovenosa) ai soli casi in cui l'esistenza di un pericolo vitale non può essere bilanciata con l'inconveniente di una possibile reazione da siero. Invece, ogni qual volta la prognosi *quoad vitam* sia buona, specialmente se i segni fisici sono discreti, i disturbi funzionali moderati, si userà il siero per via rettale, unendovi, per i poppanti, le instillazioni nasali. Si eviterà poi la sieroterapia

negli individui sospetti di tubercolosi ed in quelli molto sensibili, quali gli asmatici.

La sola sieroterapia però non è sufficiente, essendo incapace di preservare il malato da una ripresa degli accidenti e dalla comparsa di complicazioni tardive. La vaccinoterapia sarà l'ausiliario indispensabile.

L'A. ha trovato buoni i vaccini iodati e quelli di Weill e Dufourt (pneumococchi I, II, III, stafilococchi, enterococchi e tetrageni); difficilmente si potrà usare un autovaccino per cui si dovrà ricorrere agli stock-vaccini. La vaccinoterapia è controindicata in caso di lesioni molto estese e di esistenza di lesioni tubercolari.

Nel caso di minaccia di broncopolmonite, evitare il siero e ricorrere al solo vaccino che ha, in tali condizioni, azione profilattica.

Se si tratta di forma dichiarata, benigna, utilizzare il siero per via rettale ed applicare la vaccinoterapia con dosi relativamente forti ripetute e rapidamente progressive.

In caso di forma grave, tossica, a focolai multipli, fare una sieroterapia precoce, massiva, prolungata ed invece usare i vaccini a piccole dosi, lentamente progressive.

Non è possibile indicare una posologia precisa variando le dosi con l'età e specialmente con la tendenza evolutiva di ogni singolo caso.

Beninteso non si dovranno trascurare i trattamenti classici, dei quali la siero-vaccinoterapia non sarà che un adiuvante.

L'effetto si manifesta sulla curva della temperatura, sui disturbi funzionali, specialmente sulla dispnea e sulla cianosi, molto meno sui segni fisici; da mettere in rilievo è l'euforia che succede al trattamento. Nell'insieme, l'evoluzione della malattia è notevolmente raccorciata e varia da qualche giorno ad una settimana o poco più. La mortalità, nei 200 casi dell'A. è stata del 13.5 per cento.

fil.

L'immunizzazione locale e le sue applicazioni pratiche.

Il Besredka (*Presse médicale*, n. 86, ott. 1926) riferisce tutte le comunicazioni pervenutegli, in applicazione del suo metodo sulla immunizzazione locale, fatta per via cutanea e via orale, con vaccini di corpi e filtrati microbici.

L'immunizzazione orale nella febbre tifoide, fatta con i vaccini antitifici biliari, sembra abbia dato dei buoni successi.

Usato come preventivo ha fatto nettamente scendere il % nel contagio. Per la mortalità il rapporto tra i vaccinati e non vaccinati è di 0.15 a 1.35 %, cioè nove volte superiore.

Anche nella dissenteria bacillare la vaccinazione preventiva orale ha fatto ridurre a meno della metà le infezioni.

A scopo curativo la vaccinazione ha dato risultati incoraggianti. Nelle infezioni colibacillari il Graehlinger ha ottenuto ottimi successi; a contatto del vaccino la mucosa intestinale acquista una certa immunità per il colibacillo, che la preserva dalle infezioni. Similmente agirebbe nel tifo e nella dissenteria.

L'immunizzazione cutanea è interessante per le sue molteplici applicazioni, e può essere usata per lavaggi, per istillazioni e per medicature direttamente sulla parte.

Preventivamente ha dato eccellente risultato nel carbonchio, evitando il diffondersi dell'infezione fra i quadrupedi. Fu usato su vasta scala in Siria.

L'immunizzazione è rapida e si stabilisce 48 ore dopo la vaccinazione, al massimo.

Seguono numerose osservazioni delle diverse malattie in cui fu usata la vaccinazione cutanea: la foruncolosi, l'antrace, il patereccio, la mastite, la sicosi e le altre forme cutanee, le infezioni oculari, dell'orecchio e dell'apparato genitale femminile.

In tutte le infezioni ha dato ottimo risultato, sia applicandolo localmente (piaghe settiche, affezioni oculari, ecc.), sia con istillazioni (cistite, pielonefrite).

Questi risultati fanno pensare all'A. che in un non lontano avvenire la vaccinazione locale possa essere usata come agente immunizzante post- e pre-operatorio.

CARUSI.

La vaccinazione per via intradermica.

Molte infezioni penetrano nell'organismo per la via cutanea, quindi la vaccinazione per tale via avrà molte probabilità di riuscita, tanto più che la pelle non è soltanto un organo di protezione ma, essendo molto differenziato, partecipa alle difese organiche.

Inspirandosi a tali concetti, Goldenberg (*Le Scalpel*, 3 luglio 1926) ha fatto diversi tentativi terapeutici con vari microbi. Con la tossina antistreptococcica, ha ottenuto un'immunità di tutto l'organismo e questo senza la comparsa di anticorpi. Per il vaiuolo, egli preferisce la vaccinazione intradermica alla scarificazione; naturalmente il vaccino deve essere preparato in modo speciale e, soprattutto, essere molto concentrato.

Quando si iniettano p. es., 6-8 gocce di vaccino antistafilococcico, si ha un piccolo nodulo, circondato da edema; si ha un risentimento dei gangli vicini, ciò che indica la partecipazione del sistema linfatico, fatto del resto dimostrato anche per mezzo delle iniezioni di inchiostro di Cina che, se iniettato sotto la cute, scompare dopo bre-

ve tempo, mentre se iniettato nel derma, lo si ritrova nei gangli vicini.

I risultati migliori con questa vaccinazione in tradermica si sono ottenuti con il vaccino antistafilococcico, dando la guarigione di foruncoli e di antrace in una diecina di giorni.

Tale metodo ha il grande vantaggio di non dare reazioni generali.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'origine pirrolica ed indolica del pigmento cutaneo e le cellule a funzione cromatopoietica.

Recenti ricerche hanno dimostrato l'origine della melanina da un gruppo cromogeno, derivato dalla scissione della molecola proteica. Tale gruppo cromogeno delle proteine sarebbe costituito da aggruppamenti elementari rappresentati da sostanze note della serie aromatica: corpi a struttura fenolica o benzolica; corpi a struttura pirrolica; corpi contenenti un nucleo pirrolico ed un nucleo benzolico.

P. Introzzi (*Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilografia*, ottobre, 1926) ha eseguito una lunga serie di ricerche su animali già normalmente pigmentati, su animali albini e sull'uomo. Parte di tali ricerche furono eseguite in piano, parte in alta montagna, allo scopo di provare l'influenza dei raggi ultravioletti sul processo della pigmentazione artificiale.

Il complesso delle ricerche eseguite su animali non albini prova che le sostanze a nucleo pirrolico ed a nucleo indolico si possono considerare come sostanze madri delle melanine cutanee, contenendo esse il gruppo cromogeno che, mediante un processo di ossidazione enzimatica, determina la formazione di pigmenti neri, simili in tutto ai normali.

Le ricerche fatte sugli animali albini, sottoposti a ripetute iniezioni di sostanze ad attività cromatopoietica, dimostrano che, in questa specie di animali, non si può ottenere la pigmentazione, per mancanza dell'elemento cellulare specifico (cellule melanoblastiche) e del fermento ossidante il gruppo cromogeno. Le iniezioni di sostanze cromogene nell'uomo non determinano comparsa di pigmentazione.

In base ai reperti microscopici, l'A. ritiene che si debba ammettere una pigmentazione primitiva ed autoctona delle cellule basali malpighiane, che appaiono ricche di granuli di pigmento, e di particolari formazioni interepiteliali dello strato malpighiano, ricchissime di granuli e di prolungamenti dentritici, e che sono da ritenere cellule epiteliali differenziate (melanoblasti).

La genesi del pigmento melanico cutaneo è prettamente locale, autoctona, epiteliale, mancando ogni dato obbiettivo per poter ammettere una origine dagli elementi connettivali de' derma.

TOSCANO.

Assorbimento del calcio attraverso l'intestino.

L. Irving (*Journ. of. Biological Chemistry*, giugno 1926) trova che l'assorbimento dei sali di calcio è in stretto rapporto con la solubilità di essi nel contenuto intestinale, la quale non corrisponde alla solubilità nell'acqua. Il sale più assorbibile è stato l'acetato acido; vengono poi per ordine il cloruro neutro, il citrato acido, il lattato acido.

L. V.

Contenuto di calcio nel siero di nefritici.

L. Nelken e H. Steinitz (*Zeitschr. f. Klin. Med.*, 4 maggio 1926) nella maggioranza dei nefropatici hanno trovato diminuzione del calcio del sangue; in 14 casi di uremia azotemica, il contenuto di calcio nel sangue era bassissimo. Invece nell'eclampsia e in altre pseudo-uremie il contenuto di calcio era normale.

A differenza del calcio, il potassio era spesso in aumento nei nefropatici.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 4912-1:

Per la febbre melitense può consultare le seguenti monografie: A. TRAMBUSTI: *La febbre mediterranea* (Palermo, edit. Reber); L. VIGANÒ: *La febbre melitense* (Istit. Sierot. Mil., 1914); V. ANTICO: *La febbre di Malta e i criteri diagnostici* (Pisa, Tip. Folchetto, 1915); G. DI CRISTINA e S. MAGGIORE: *Osservazioni e ricerche sulla febbre mediterranea nei bambini* (La Pediatria, vol. 28, fasc. 1-2, 1920).

Il comportamento della formola leucocitaria nella tubercolosi polmonare è, nella media dei casi, per quanto soggetto a molte oscillazioni, il seguente:

Nella tub. benigna a evoluzione lenta si ha una leucocitosi moderata (10,000 leucociti al massimo) con una netta linfocitosi e leggiera eosinofilia (*formola di resistenza*).

Nelle forme massive si ha iperleucocitosi con polinucleosi abbondante, mononucleosi con diminuzione costante degli eosinofili e dei linfociti (*formola di difesa*).

Nella tub. aperta con caverne si ha forte iperleucocitosi (16-20,000 leucociti) con polinucleosi (fino al 90 %) diminuzione dei linfociti e dei mononucleati. Assenza di eosinofili (*formola di caduta*).

La formola di Arneth nella tubercolosi mostra uno spostamento a sinistra, spostamento che diviene sempre più accentuato a misura che la malattia assume una forma più grave.

CESARE ENRICO.

VARIA.

Alcool e longevità.

Nel n. 5 (settembre-ottobre 1926) de *Le Assicurazioni Sociali*, pubblicazione piena di interesse, mirabilmente redatta e diretta, dalla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, è contenuto uno scritto molto importante del prof. Raymond Pearl, di Baltimora, direttore dell'Istituto di ricerche biologiche della Università di Johns Hopkins Hospital.

In questo Istituto l'illustre biologo americano ha iniziato fino dal 1914 le sue ricerche sugli effetti biologici dell'alcool etilico esperimentando sugli animali per veder di scoprire l'influenza di tale sostanza sulla razza.

Da questo studio egli è passato, sei anni fa ad un altro: quello della influenza che può esercitare l'alcool sulla longevità umana: problema praticamente importantissimo in un paese dove han preso tanto sviluppo gli istituti di assicurazione sulla vita.

Questo studio non poteva esser fatto a dovere se prima non si fossero fatte ricerche sperimentali e raccolte statistiche « per scoprire qualche cosa delle leggi naturali in armonia alle quali viene determinata la durata della vita ».

Come risultato di queste ricerche il Pearl ha veduto che « mentre l'organizzazione o costituzione ereditata rappresenta la causa basilare della determinazione della durata della vita, vi sono molti fattori ambientali che possono modificare la longevità ereditaria ».

Ma questi fattori non debbono agire in forma catastrofica se si vuol riconoscerne gli effetti. Se cioè si vuol ricercare l'influenza dell'alcool sulla longevità, non bisogna darne dosi eccessive. Queste ci possono dimostrare una cosa nota: che l'alcool è un acuto veleno. Ma il problema da risolvere non è questo. Il problema è un altro: quello cioè di scoprire quale effetto l'alcool ha sulla durata della vita quando vien preso in dose moderata, tale da non produrre un avvelenamento acuto.

Questo è senza dubbio un impostamento razionale del problema.

Una cosa molto curiosa è che le ricerche fatte dal Pearl sul pollame e dallo Stockard sui porcellini d'India hanno dimostrato che vivono più gli alcoolizzati dei non alcoolizzati. Ma questi resultati sperimentali non possono essere trasportati su l'uomo.

Per le ricerche sugli effetti dell'alcool in rapporto alla longevità era necessario trarre gli elementi di prova dalle storie famigliari, da accurate genealogie raccolte da studiosi di eugenica qualificati. E ciò ha fatto il Pearl nel suo istituto, sotto la sua direzione e la vigilanza immediata di Miss Blanche F. Pooler.

Nel lavoro, al quale rimandiamo il lettore desideroso di più minute informazioni è ampiamente descritto il metodo delle registrazioni fatte e gli avvedimenti messi in opera per avere gli elementi probativi più sicuri. Qui ci limitiamo a notare che si tenne conto non soltanto dell'età degli individui, ma del sesso, della razza, della religione, delle condizioni economiche, dello stato sociale generale della famiglia, delle abitudini e condizioni di questa, delle precise cause di morte, determinate con la maggior precisione possibile.

Tutto questo risulta da numerose tabelle che dividono i soggetti osservati in *astemi*, in *moderati* ed in *forti bevitori*, intendendo per astemi coloro che non hanno mai consumato alcool in alcuna forma, per moderati bevitori coloro che usano alcool in ogni forma ma in piccole dosi e mai in modo tale da esserne intossicati, per forti bevitori coloro che hanno l'abitudine di ubbriacarsi.

Ma i bevitori sono stati anche ulteriormente suddivisi: in *moderati costanti* — che introducono abitualmente dosi moderate di alcool — ed in *occasionali*, che le introducono di quando in quando. I forti bevitori anch'essi sono stati suddivisi in *costanti* ed *occasionali*, e questi ultimi in *altrimenti astemi* oppure *moderati*.

È risultato da tutte queste ricerche che tre quinti del totale degli astemi sono donne e due quinti uomini; che due terzi dei bevitori sono uomini e un terzo donne; che il 93 % dei forti bevitori sono uomini.

Usando i comuni metodi attuariali per compilare le tavole di sopravvivenza in base ai dati raccolti per le varie categorie di bevitori, si resta colpiti dal fatto che, dall'età di anni 30, la vita media dei bevitori moderati, tanto per gli uomini quanto per le donne, è *più alta* della vita media degli astemi. Le differenze sono però così piccole che le tabelle relative dimostrano di certo una cosa sola, cioè *che la vita media, dall'età di 30 anni in poi, non è in alcun grado peggiorata dall'uso moderato delle bevande alcooliche.*

L'altro fatto risultante con evidenza dai dati

raccolti è che dall'età di 30 anni i bevitori moderati hanno una vita media superiore di 8,18 anni a quella dei forti bevitori. Col crescere dell'età questa differenza diminuisce sempre fino a quasi sparire. Ciò dipende dall'indurimento nell'abitudine e dalla avvenuta selezione per la morte dei più sensibili al veleno.

Risulta dunque evidente che l'alcoolismo, in questo grado, accorcia notevolmente la vita, come afferma la generale esperienza del genere umano.

Da un confronto tra i dati raccolti dal Pearl e quelli delle principali compagnie assicuratrici risulta uno stesso fatto: che gli astemi vivono più a lungo dei bevitori.

Ma questo fatto, fa giustamente rilevare il Pearl, è troppo grezzo. Il gruppo degli astemi infatti è un gruppo omogeneo, ma quello dei bevitori non lo è: comprende bevitori moderati e immoderati e i danni dell'alcool bevuto da questi ultimi vanno a carico anche dei primi, il che non è giusto perchè i bevitori moderati hanno, come si è visto, quasi un vantaggio sugli astemi.

Passando a studiare gli effetti dell'alcool sulla razza, dopo aver studiato quelli sulla salute e la longevità degli individui, il Pearl conclude, sulla base delle esperienze fatte sugli animali, che l'effetto dell'alcool sulla razza è preponderantemente o benefico o non nocivo; che gli effetti benefici sembrano risultare dal fatto che l'alcool è un sicuro agente selettivo, tanto sulle cellule germinali che sull'embrione durante il suo sviluppo, eliminando i deboli e rispettando i forti; che gli effetti dell'alcool sulla razza da potersi considerare come nocivi sono scarsi e non costanti (produzione di generazioni difettose nelle prime riproduzioni nei soli porcellini d'India alcoolizzati; probabile ma debole diminuzione di attività e di facoltà intellettiva per le generazioni dei sorci bianchi, riduzione di fecondità come conseguenza dell'alcool) ed in ultimo benefici per la razza come elemento di un processo selettivo.

Conclusione generale dello studio fatto all'Istituto di Baltimora è quindi che « *l'opinione prevalente che l'alcoolismo nei genitori tende a causare la produzione di una progenie di deboli, difettosi e mostruosi non è appoggiata dall'esteso gruppo di osservazioni sperimentali che hanno avuto di mira questo problema* ».

*
* *

Poche parole di commento per dire che siamo perfettamente d'accordo col Pearl sulla necessità di distinguere i bevitori d'alcool in due categorie: quella dei bevitori moderati e quella degli eccessivi. Dobbiamo tutti riconoscere l'importanza delle conclusioni dell'A. per ciò che riguarda la innocuità dell'uso moderato degli alcoolici dopo le ricerche fatte nell'istituto diretto dal Pearl e sotto la sua direzione, ricerche certamente probative e inattaccabili.

Ma dobbiamo fare le nostre più ampie riserve per ciò che riguarda due punti, non toccati dal Pearl e che pure meritano una grande attenzione.

Il primo punto è questo: dato il fatto che il bere moderatamente non è nocivo, nulla ci assicura — e ciò anche per i suoi effetti nel campo assicurativo ha una grande importanza — che il bevitore moderato dell'oggi non diventi il bevitore eccessivo del domani. I casi della vita son tanti, l'uso di una cosa produce tanto facilmente l'abuso della cosa stessa, per un accentuarsi dell'inclinazione al godimento se la cosa è piacevole e se ne diviene più facile l'uso o l'acquisto, che è da ritenere come molto probabile che una quota assai cospicua di forti bevitori abbia origine dalla categoria dei bevitori moderati. Per toglier di mezzo questa facilità di passaggio nella categoria degli ubbriaconi nessun mezzo mi sembra più razionale di quello che consiste nel favorire l'astensione totale dalle bevande alcooliche, astensione che le ricerche stesse del Pearl dimostrano non nociva, in quanto le sue categorie di astemi e di bevitori moderati hanno percentuali di longevi presso a poco uguali, astensione che a lungo andare costituisce un'abitudine contraria poco dissimile da una ripugnanza sicuramente tutelatrice.

L'altro punto è questo: che, pur non trovando appoggio nelle osservazioni sperimentali del Pearl e degli altri sperimentatori citati, l'opinione prevalente che l'alcoolismo dei genitori noccia alla prole, questa affermazione dell'A., messa a mo' di conclusione generale del suo eccellente studio, può dar luogo a nocive interpretazioni che egli stesso deplorerebbe di certo.

Se le esperienze sugli animali hanno dimostrato una influenza piuttosto favorevole dell'uso dell'alcool sulla razza, per un'azione selettiva che lascia sopravvivere i forti ed i sani distruggendo i deboli e difettosi, questo non è un risultato utilizzabile per la razza umana in quanto è per altre vie ampiamente dimostrata l'influenza dell'alcoolismo sulle predisposizioni morbose ereditarie e sulle forme congenite di degenerazione fisica e mentale che porterebbero sì alla selezione finale favorevole alla razza se fossero abbandonati a sè stessi i bambini affetti da queste eredità morbose. Ma siccome accade invece perfettamente il contrario ed hanno proprio questi le maggiori cure, anche dalla tuttora difettosa, irrazionale assistenza infantile, famigliare e sociale, gli effetti sulla razza sono quanto mai deleterii.

T. R. D.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per intensificare la lotta antitubercolare in Italia.

Quando l'on. Mussolini ricevette i rappresentanti della Federazione Italiana delle Opere Antitubercolari e la Delegazione per la V Conferenza internazionale contro la tubercolosi di Washington (G. Ronzoni, F. Bocchetti, C. Benedetti, G. B. Roatta, G. Mendes, A. Ilvento) egli chiese notizie sulla lotta antitubercolare in Italia, dichiarando che la salute del popolo è problema squisito di Governo. Espresse il desiderio che proposte precise fossero consegnate per iscritto. Esse hanno fatto oggetto di un promemoria, che riportiamo integralmente.

Nella lettera che lo accompagna si rileva che la Federazione è stata sostenuta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica; ma ora chiede al Capo del Governo assai più di quello che la Direzione Generale possa fare. Le proposte avanzate possono così condensarsi:

un grande programma nazionale di lotta antitubercolare adeguato ai bisogni della nazione;

una direzione con poteri limitati nel tempo ma larghissimi, per farlo rispettare da tutti e porlo in attuazione;

un adeguato finanziamento sulla base dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Ecco il promemoria:

Diffusione della malattia. — La tubercolosi produce fra cinquanta e cinquantacinquemila morti l'anno in Italia. La cifra ha subìto una lieve diminuzione nei primi anni dopo la guerra, perchè le sofferenze di questa condussero alla precoce scomparsa di molti infermi. È risalita nel 1923, perchè cominciano ad affiorare le numerose infezioni, avvenute durante la guerra. Non abbiamo ancora statistiche demografiche dopo quest'anno.

La mortalità per tubercolosi è al terzo posto con queste cifre per l'anno 1923:

Morti per diarrea, enterite, ecc.: 82,532; morti per malattie di cuore, sincope, ecc.: 63,333; morti per tubercolosi in tutte le sue forme: 53,889.

Se si riflette che nel primo gruppo sono comprese specialmente tutte le morti di bambini nella prima età; che al secondo gruppo vanno ascritte moltissime morti per causa improvvisa ed imprecisata (sincope); non si può ritenere esagerata l'asserzione: che la tubercolosi è la prima causa di morte; vena sempre aperta nel polso del popolo italiano, accompagnata da drammi e dolori senza nome.

La forma polmonare della tubercolosi, la più grave e pericolosa per il contagio che diffonde intorno a sè e per l'alta mortalità, è in continuo aumento: da una media di 31,920 morti l'anno nel triennio 1887-89 a 37,854 nel 1923. L'aumento è meno intenso del tasso annuo di accrescimento della popolazione italiana: questo, nel gioco delle cifre percentuali, dà l'illusione di una diminuzione.

Le tubercolosi delle ossa presentemente vanno invece più facilmente a guarigione per il miglioramento dei mezzi di cura per questa forma di malattia: ospizi marini, colonie, terapia fisica, ecc.

La regione d'Italia che ha il triste primato è la Sardegna, cui seguono in ordine decrescente, limitandosi alle sole regioni più colpite, le altre seguenti:

Sardegna: morti 2090 per un milione di abitanti; Veneto: morti 1910 id. id.; Liguria: morti 1855 id. id.; Lombardia: morti 1737 id. id. Toscana: morti 1595 id. id.; Piemonte morti 1537 id. id.; Lazio: morti 1513 id. id.; Emilia e Romagna: morti 1485 id. id.; Umbria: morti 1352 id. id.

Queste cifre conducono a due conclusioni gravi:

la tubercolosi è penetrata nell'ambiente rurale; altre cifre che si omettono per brevità, conducono a rilevare che, mentre in alcune città la malattia è in lieve diminuzione, nelle campagne cresce sempre e ne muoiono specialmente le donne fra 20 e 30 anni. La stirpe è insidiata alle radici;

che in alcune regioni — Liguria, Lombardia, Piemonte — dove la natalità è quasi discesa a livello della mortalità, la tubercolosi è una delle maggiori cause di questa.

Quanti sono i malati?

Mancano dati precisi. Con calcoli approssimativi, sulla base della mortalità, si può concludere che i malati gravi debbono essere intorno a 150.000 — i malati di ogni specie, compresi i lievi, intorno al mezzo milione.

Sappiamo solamente che l'Esercito e la Marina italiani accolgono ogni anno oltre duecento mila reclute, fra cui si ha il 2-3 per mille di tubercolosi polmonare, che le Autorità militari debbono provvedere a curare per loro conto, mancando nell'organizzazione civile i mezzi di assistenza.

La tubercolosi si cura e si previene. — I risultati dei Sanatori italiani per tubercolosi polmonare dimostrano che, quando la malattia è conosciuta a tempo, si possono avere fino al 20 % di guarigioni definitive; oltre il 50 % di recuperi totali della capacità lavorativa con arresto a tempo indefinito dei sintomi più gravi.

Negli Ospizi marini le tubercolosi delle ossa e delle articolazioni guariscono fino all'altissima proporzione dell'85 %.

Tutti gli Istituti di cura esteri del genere confermano queste cifre.

La tubercolosi si può prevenire *sempre* nei figli dei tubercolotici. Basta visitare una qualunque Colonia permanente per figli di tubercolotici per constatare che fanciulli, figli di padre e madre spesso morti e con fratelli e sorelle infermi, sono stati completamente ricuperati alla Patria ed al lavoro, sani e vegeti, per divenire ottimi soldati, robusti operai, madri sanissime.

Per raggiungere questi scopi occorrono:

dispensari e centri di accertamento per la diagnosi precoce;

sanatori per la guarigione od il ricupero delle forme polmonari più lievi ed iniziali;

ospedali per l'assistenza delle forme più gravi;

ospizi marini per le tubercolosi ossee e glandolari;

colonie permanenti o preventori per i fanciulli in più gravi condizioni di esposizione al contagio.

Questi organismi esistono in Italia ma sono:

in proporzioni ridotte ed assai inferiori al bisogno;

non coordinati fra loro e disseminati qua e là senza nessun criterio logico.

Criteri adottati nelle nazioni estere. — Il criterio fondamentale è:

che ogni città abbia un dispensario antitubercolare, centro di accertamento e smistamento degli infermi;

che in tutta la nazione vi siano tanti letti fra sanatori, ospedali ed ospizi marini quanti sono i morti annui per tubercolosi.

Le nazioni scandinave e l'Olanda hanno un numero di letti superiore al numero dei morti annui. Gran Brettagna, Germania e Stati Uniti hanno raggiunto la parità. La Francia con un enorme sforzo dal 1920 ad oggi ha raggiunto un letto per ogni due morti. La Czecoslovacchia e la Jugoslavia hanno un programma preciso sulla base di 1:1 e lo stanno svolgendo metodicamente.

Stato della lotta antitubercolare in Italia. — In base ad una inchiesta condotta dalla Federazione le condizioni presenti in Italia sono le seguenti:

Dispensari. Nominalmente ne vengono contati 140; in alcune statistiche ufficiali oltre trecento. In realtà quelli che funzionano in maniera soddisfacente non raggiungono i 20 e forse anche meno. Anche questi, dopo aver diagnosticato il malato, non sanno dove mandarlo.

Letti in ospedale. — Sanatori: letti 1470; case sanatoriali private: letti 406; ospedali 6012; totale 7888.

Morti per tubercolosi polmonare nel 1923 n. 37854 — proporzione media: un letto-anno ogni 5 morti. morti.

Cinque morti corrispondono a 15-20 infermi: ogni infermo occupa in media un letto per 6 mesi; sicchè almeno 13 malati su 15 non possono trovare ricovero e restano in famiglia.

Bisogna pure aggiungere che molti ospedali per tubercolotici sono non solo la negazione dell'assistenza, ma anche la negazione dell'umanità.

I letti per tubercolosi chirurgiche sono 5030; il numero dei morti per questa forma furono nel 1923 n. 6208. Sicchè vi sarebbe una proporzione quasi sufficiente; ma gran parte di questi ospizi si aprono solo per tre o quattro mesi estivi.

I posti di preventorio per fanciulli sono 2051.

Ma, quando anche tutti i letti fossero in ottime condizioni e funzionanti, la spesa di diaria importa da L. 20 a L. 35 al giorno, cioè L. 600 a 1050 al mese. Una famiglia, spesso colpita nella persona del suo capo di casa, non ha come pagare queste somme.

L'attuale ordinamento italiano prevede:

mutui di favore per Enti che vogliono impiantare istituti antitubercolari;

consorzi provinciali delle opere antitubercolari, che dovrebbero coordinare queste e raccogliere da tutti i cittadini contributi obbligatori, che variano da L. 0,10 a L.1 per testa-anno, per finanziare la lotta.

La prova di sei anni dimostra:

che l'uso volontario dei mutui di favore è scarsissimo, tanto che le istituzioni antitubercolari sono sempre nelle condizioni di deficienza già rilevate;

che pochissimi consorzi funzionano, mentre la massima parte è una figura assolutamente di parata senza azione alcuna. Ma, anche se funzionassero in pieno, con il contributo massimo di L. 1 per abitante-anno, essi non potrebbero raccogliere in totale oltre L. 42.000.000 annui, quanti sono gli abitanti d'Italia. Un facile calcolo conduce a concludere che solamente per finanziare la funzione dei letti attualmente esistenti occorrerebbero 115.000.000 annui, cioè il triplo di quanto i Consorzi con l'ordinamento attuale possono raccogliere.

Basi per un nuovo ordinamento. — Si potrebbe in primo luogo accettare un criterio fondamentale:

l'Opera Nazionale per l'Assistenza alla Maternità ed all'Infanzia provvede alla lotta antitubercolare prima del quindicesimo anno, cioè dell'età del lavoro. Ciò che riguarda pertanto preventori, scuole all'aperto, servizio medico-scolastico, assistenza alle tubercolosi infantili rientra nel suo campo. Essa però non è finanziata per questi scopi;

una costituenda organizzazione antitubercolare dovrebbe provvede ai lavoratori raccolti nelle Corporazioni sindacali. I non iscritti a queste possono essere assistiti ma a pagamento diretto.

Posta questa base, abbiamo fatto il calcolo che i contadini, i marinai, gli operai, i salariati dello Stato hanno dato nel quinquennio 1919-1923 una media di 13615 morti per tubercolosi polmonare, 2143 morti per tubercolosi ossee, articolari ecc. Non abbiamo dalle statistiche italiane cifre per le donne lavoratrici nè per le mogli dei lavoratori sindacati. In base ad un calcolo di probabilità, che si omette per brevità, il totale dei morti per tubercolosi polmonare in questi gruppi di popolazione — maschi e donne — si può ritenere ammonti a 28.000, di quelli per forme ossee ed articolari a 4500.

Un programma minimo, che si proponesse almeno 1 letto per ogni morto, ci darebbe:

che per le forme ossee ed articolari bastano gli ospizi marini esistenti a patto di migliorarli, attrezzarli e farli funzionare per 12 mesi dell'anno;

che per la tubercolosi polmonare occorrerebbe mettere in piena efficienza i 7888 letti esistenti ed aggiungerne in breve lasso di tempo altri 20.000.

Le spese di impianto, secondo calcoli che la Federazione ha fatti e possono essere presentati, si aggirano intorno ad ottocento milioni. Questi potrebbero essere erogati in un periodo di dieci anni ed essere dati dagli Istituti assicurativi col sistema consueto dei mutui, ponendo a carico dello Stato gli interessi e parte della quota di ammortamento, l'altra parte a carico dell'Organizzazione antitubercolare.

Le spese di funzionamento — diarie di degenza, eventuali sussidi straordinari alle famiglie cadute in grave indigenza per la malattia del capo, contributo al funzionamento dei dispensari — non possono essere ottenute che instaurando l'Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi nella misura che il Governo Nazionale riterrà opportuna in presenza delle attuali condizioni del popolo italiano.

L'assicurazione contro le malattie fu studiata dal Governo italiano nel 1921-22 e naufragò per l'opposizione dei medici, i quali protestarono rilevando le condizioni penose fatte ai sanitari dalle equivalenti Casse di malattia in Germania. Ma, limitando l'assicurazione alla tubercolosi, non vi sono opposizioni. La tubercolosi è un pericolo grave, diffuso, che minaccia continuamente il lavoratore e lo minaccia tanto più quanto più intenso è il lavoro che le presenti condizioni della Patria gli richiedono. È giusto che lo Stato intervenga ed obblighi il lavoratore ad accantonare un'equa parte del suo guadagno per sovvenire se stesso o gli altri al momento in cui compare questa malattia, che per la sua contagiosità minaccia tutti quelli che convivono con l'infermo: i suoi compagni di lavoro e la sua famiglia.

Lo stato a sua volta contribuisce:

a) formulando un piano nazionale completo di lotta antitubercolare, in cui potranno essere inquadrate opportunamente alcune istituzioni già esistenti. Una soluzione incompleta o monca imporrebbe fatalmente adattamenti provvisori, con dispendio di denaro e di energie, che imporrebbero nuove revisioni a breve scadenza;

b) costituendo l'Ente, che deve attuare tale piano sotto il controllo diretto dello Stato e fornendolo di potere di coercizione là dove il libero gioco delle volontà si è dimostrato insufficiente;

c) organizzando la parte finanziaria sotto forma di Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, che potrà essere inquadrata nell'organizzazione corporativa, mentre il servizio di riscossione delle quote e la gestione finanziaria potrebbero essere tenute dalla Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali o dalla Cassa Nazionale Infortuni;

d) facilitando i mutui che occorrono per le spese di impianto;

e) assumendo a suo carico una quota parte delle spese di funzionamento, come oggi fa di già per i tubercolotici di guerra e per una somma cospicua che si aggira sui venti milioni annui;

f) con la politica diretta a migliorare le condizioni di vita del popolo italiano — abitazioni, alimentazione, consumo di alcool ecc. —.

Cronaca del movimento professionale.

Possibilità dell'esercizio medico in Asia e in Africa.

« La Voz Médica » prende in esame queste possibilità per i medici spagnoli. Le notizie fornite possono valere anche per i medici italiani. Le riportiamo dalla « Rev. españ. de Med. y Cir. » (dic. 1926), senza assumerne la responsabilità.

Egitto. — I diplomi rilasciati da qualsiasi Facoltà medica conferiscono il diritto di esercitare nel Paese dei Faraoni, senza sottomettersi ad esami nè pagare imposte.

Liberia. — Nessuna difficoltà oppone questa Repubblica all'esercizio dei medici stranieri.

Senegambia. — A Dacar i medici stranieri non solo sono tollerati, ma ricercati e bene retribuiti.

Transvaal. — I diplomi stranieri non conferiscono il diritto di esercitare. È necessario sottomettersi ad un esame abbastanza facile, pel quale basta una preparazione di tre mesi. La naturalizzazione non è richiesta. La licenza dev'essere registrata a Pretoria, pagando diritti poco elevati.

Africa orientale inglese. — Gl'impieghi retribuiti sono riservati dal Governo inglese ai suoi sudditi. Per stabilirsi non basta la cittadinanza: occorre anche conoscere il francese e l'inglese e disporre di qualche capitale. I centri principali ove si può esercitare sono: Mambora, Nairobi, Edoret, Kampala, Entebbe e Dar es Salaam.

Arabia. — Un medico volenteroso trova la possibilità di esercitare nel porto di Gedda, ove affluisce un'infinità di pellegrini del mondo islamico, con malattie diversissime; è però indispensabile la conoscenza della lingua araba, la sola che si parli nella località, dove si contano appena una ventina di europei.

Indocina. — Non sono validi che i diplomi francesi. Comunque, la regione è serrata ai medici stranieri, poichè gl'indigeni preferiscono valersi di medici cinesi od annamiti, i francesi dei loro compatrioti.

Palestina. — L'immigrazione sionista è molto diminuita; quindi molti medici sono disoccupati. La situazione è aggravata dalle Facoltà francese e americana, che non cessano di produrre nuovi medici. Chi volesse stabilirsi a Giaffa o a Gerusalemme, vi si rechi da turista per tre mesi, tempo bastevole per ottenere il permesso di esercitare.

Persia. — Non risulta che l'esercizio medico sia regolamentato: chiunque può esercitare, anche senza diploma. Un tentativo di codificazione promosso dal dott. Georges è rimasto, a quanto si sa, lettera morta.

Siam. — All'interno il Governo tende a regolamentare la professione, ma riconoscendo ai titoli stranieri lo stesso valore di quelli nazionali. Vi esercita una ventina di medici tra americani, inglesi, francesi e danesi. L'unica città ove si possa guadagnare è Bangkok; ivi l'esercizio è libero: non si esige nessun diploma. È necessario sapere l'inglese. Il meglio è di acquistare la clientela di un medico già stabilito.

Siria. — I medici stranieri possono essere autorizzati ad esercitare nella Siria e nel Libano alle seguenti condizioni: 1) essere forniti di diploma di un Paese che faccia parte della Società delle Nazioni; 2) far registrare il titolo presso la Direzione di Beneficienza e Igiene pubblica. L'iscrizione è gratuita. Dopo l'occupazione francese non è stato promulgato nessun regolamento sull'esercizio della medicina: ma non si farà attendere e perciò è prossima a cessare la possibilità di esercitare in quel Paese. Centro principale: Beyrut.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOLOGNA. — 14ª cond. suburb.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre 1300 pov.; lire 500 bicicl. o L. 3000 cavalc., L. 1000 ambul.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 feb. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Chied. annunzio.

BONDENO (*Ferrara*). — A tutto il 31 gen., per Stellata; L. 9500, oltre assegno fluttuante complementare L. 2000, indenn. trasp. 2500, se cavallo od autom., L. 500 se bicicl.; 5 quadrienni dec.; addizion. L. 3 oltre i 1000 pov. Serv. entro 15 gg. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. Docum a 3 mesi dal 1° gen.

CAPANNOLI (*Pisa*). — Scad. 31 gen., per Santopietro; ab. 1400, pov. 33; L. 9000 aumentabili a L. 13,500, oltre indenn. legale c.-v. Dichiaraz. di non appartenenza ad associazioni ed organizzazioni tendenti a sovvertire l'ordinam. politico dello Stato o svolgenti azione incompatibile colle direttive politiche del Governo. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

CASTAGNETO CARDUCCI (*Livorno*). — 3ª condotta (Bolgheri); L. 9500, oltre 2 c.-v. e L. 2000 cav. Scad. 31 gen.

CORTENUOVA AL PIANO (*Bergamo*). — Al 31 gen., ore 16; ab. 1357; L. 8000, oltre L. 500 trasp.; L. 500 uff. san., L. 200 ambulat., 5 quinq. dec.; tassa L. 50.10. Chiedere bando.

COSENZA. *R. Prefettura.* Concorso interno uff. san. consorziale per quarantanove consorzi con norme art. 13 R. D. 29 nov. 1925 n. 2266. Scadenza 10 marzo.

DERNA (*Cirenaica*). — Scad. 31 gen.; direttore dell'Ospedale; L. 15.000 oltre indennità coloniale di pari somma e c.-v.; alloggio gratuito; domanda al Ministero delle Colonie, Direz. Generale Africa Settentrionale, Roma.

MIRANO VENETO (*Venezia*). *Ospitale Civile.* — Medico primario; nom. biennale, conferme sessennali; titoli; L. 8000 con 3 sessenni dec., oltre lire 8000 direz. Dispensario antitub. Scad. ore 18 del 30 gen. Età mass. 40 a. al 31 dic. Biennio di aiuto in osped. import. o clin. univ. Docum. a 3 mesi dal 12 dic. Serv. entro 15 gg. Chiedere bando.

POZZAGLIA SABINA (*Roma*). — Pror. 15 febbr.; L. 10,500 per 1000 pov.; addiz. L. 4; quattro quadrienni; per uff. san. L. 400. Tassa L. 50.15.

Cercasi medico interino Manicomio Provinciale di Udine. Assegni annui complessivi nette dodicimila cinquecento circa, oltre alloggio personale ammobigliato luce riscaldamento. Rivolgersi: Amministrazione Provinciale - Udine.

BORSE DI STUDIO.

Borse di studio per le malattie tropicali.

Sono state istituite dagli amministratori del « Beit Memorial Fellowship for Medical Research ». Si può appartenere a qualsiasi nazionalità, purchè di genitori europei. Si richiede un diploma di una Università dell'Impero Britannico, riconosciuta dagli amministratori; eccezionalmente potrà essere accettato il diploma di una Nazione che abbia con l'Inghilterra la reciprocità. Ogni borsa importa 1000 sterline, oltre le spese di viaggio e le eventuali spese di laboratorio. Richieste entro il primo febbraio a sir K. Fowler, Hon. Secretary, Beit M. F. M. R., 35 Clarges Street, London W. I. Esporre il piano delle ricerche. Non si richiedono referenze; non si accettano raccomandazioni.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. gr. uff. prof. Davide Giordano, primario chirurgo dell'Ospedale Civile di Venezia, è stato insignito di « motu proprio » da S. M. il Re Alberto del Belgio, del Grand'Ufficialato della Corona Belga in seguito alle sue benemerenze nel campo scientifico per l'ultimo Congresso internazionale di chirurgia da lui presieduto.

Esprimiamo con l'occasione all'illustre Senatore il nostro compiacimento più vivo.

Il nostro collega e collaboratore dott. Antonino Ciminata, della R. Clinica Chirurgica di Roma, ha conseguito la libera docenza in patologia speciale chirurgica. Le sue pubblicazioni sulla chirurgia dello stomaco, dell'intestino, del rene, del cervello, con le quali ha portato alla scienza notevoli contributi originali, gli valsero l'unanime consenso della Commissione giudicatrice, che ebbe anche a lodare nel neo professore spiccate attitudini di studioso, di ricercatore, di chirurgo.

Il dott. A. H. Curtis è chiamato alla cattedra di ginecologia della Nortwestern University di Chicago, quale successore del compianto prof. T. J. Watkins. Egli è presidente della Società Ginecologica Americana.

L'Università di Rochester, dello Stato di New York, ha conferito il titolo di dottori in scienze *honoris causa* al prof. Friedrick von Müller, di clinica medica a Monaco di Baviera, e al prof. Andrew Balfour, direttore della Scuola di Igiene e Medicina Tropicale di Londra.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Dalla relazione sulla Scuola Superiore di Educazione Fisica di Bologna.

La Scuola Superiore di Educazione Fisica, patrocinata e voluta da un Comitato promotore Bolognese di cui fanno parte le più spiccate personalità cittadine, con a capo il Magnifico Rettore della R. Università e il Sindaco di Bologna, ha iniziato il suo regolare funzionamento il 1° febbraio 1926.

Sin dal suo primo anno di vita la Scuola ha aperto cinque corsi, così distribuiti:

1° *Corso Superiore di Magistero* (biennale) per il conseguimento del titolo di abilitazione all'in-

segnamento dell'Educazione Fisica nelle Scuole Superiori e Medie del Regno.

2° *Corso Pratico di Ginnastica e Sport Educativi* per studenti universitari.

3° *Corso Complementare* per Direttrici di Giardino di Infanzia, per Maestri e Maestre di Scuole Elementari, per Istruttori di Associazioni di Educazione Fisica, Ricreatori, ecc.

4° *Corso Popolare* per allievi scelti di Scuole Elementari del Comune di Bologna.

5° *Corso di Integrazione* per Docenti di Educazione Fisica nelle Scuole Medie, non forniti del titolo di abilitazione.

Ventura volle che fin dai primordi arridesse alla Scuola il favore del Governo, del Municipio, della Provincia e dello Studio di Bologna, dell'Ente Nazionale per la Educazione Fisica e dell'Ente Bolognese della Casa del Fascio, e specialmente il consenso decisivo di S. E. Benito Mussolini.

E le iscrizioni ai vari corsi, specie a quello di Magistero e Complementare, affluirono in buon numero, tanto che nel suo primo anno di vita la Scuola ha avuto complessivamente 225 allievi.

È degno di nota che, fra gli iscritti al Corso Superiore di Magistero, si contarono non solo studenti di Medicina e di altre facoltà, ma medici, professori di Scuole Medie, insegnanti elementari, ufficiali dell'Esercito e della Milizia Nazionale.

E contrariamente a quanto sempre si riscontrò nei cessati Istituti di Magistero, in parecchi corsi l'elemento maschile prevalse notevolmente su quello femminile.

Tutti i corsi furono frequentatissimi, e non solo da persone residenti in Bologna, ma anche, e assai più, da persone provenienti da provincie limitrofe e da provincie lontane, come Vicenza, Milano, Trento, Zara, ecc.

Nel Corso Integrativo, specialmente, erano rappresentate, si può dire, tutte le provincie d'Italia.

Il Corpo Insegnante della Scuola venne formato in parte da professori ordinari o aiuti della R. Università, in parte da professori incaricati dall'Ente Nazionale per l'Educazione Fisica: a quelli era affidato l'insegnamento delle materie scientifiche, a questi l'insegnamento della parte pratica e tecnica.

Il programma del Corso Superiore di Magistero è il seguente:

1) Teorica Generale e Metodologia della Educazione Fisica; 2) Storia della Educazione Fisica; 3) Pratica Comando e Tirocinio degli esercizi e giuochi ginnici e sports educativi (biennale) distintamente per uomini e per donne; 4) Anatomia applicata; 5) Antropologia; 6) Fisiologia applicata (biennale); 7) Anatomia e Fisiologia della crescenza; 8) Valutazione fisica dell'individualità; 9) Igiene; 10) Ortopedia; 11) Ortofrenia; 12) Canto corale (biennale); 13) Tecnica militare (per uomini) e Tiro a segno.

Lo stesso programma, in forma più concisa, è stato svolto nel Corso di Integrazione.

Gli altri Corsi, per la loro stessa natura o brevità, hanno avuto un carattere prevalentemente tecnico e pratico.

I risultati degli esami finali di profitto, cui si presentarono quasi al completo tutti gli iscritti, furono oltremodo soddisfacenti.

*
* *

La Scuola partecipò al Congresso Nazionale della Federazione Ginnastica tenutosi nell'aprile a Zara; nel quale Congresso all'unanimità si designò Bologna a sede del VI Concorso Nazionale Federale Ginnastico Femminile, affidandone alla Scuola la organizzazione e la direzione.

Durante il mese di maggio la Scuola partecipò colle sue squadre di allievi, al Concorso Interregionale Federale Scolastico di Lugo. Nello stesso mese prese parte con una larga rappresentanza (50 persone) al Concorso Nazionale Federale Ginnastico di Cagliari.

*
* *

Per il nuovo anno scolastico 1926-27 la Scuola ha mantenuto nel suo programma tutti i cinque Corsi attuati lo scorso anno, e ne ha aggiunti altri quattro, destinati a raccogliere in scuole speciali di ginnastica educativa e giuochi persone di tutte le età, per la formazione di squadre sperimentali di tirocinio.

È tra i primissimi intenti della Scuola, quello di diffondere in tutti i ceti e in tutte le classi sociali l'amore della Educazione Fisica, intesa come preparazione di uomini e di educatori.

Essa si propone pertanto di creare docenti, per inquadrare tutto l'insegnamento della Educazione Fisica in ben precisati confini, con basi scientifiche e tecniche, tali da dare alla disciplina stessa un metodo razionale e completo, e di sicura efficacia.

A tal fine essa ha aperto le sue aule, prima agli studenti, in special modo ai futuri medici, che dovranno portare nell'insegnamento una salda preparazione scientifica. Ma ha tenuto altresì ad accogliere fra i suoi allievi i maestri elementari, gli istruttori di società ginnastiche, i capisquadra e gli stessi fanciulli delle scuole elementari, perchè agli uni sia permesso di conoscere meno superficialmente quelle nozioni che dovranno essere la loro guida futura, perchè dagli altri sia fatta amare e seguire quella disciplina che ha come grande scopo il miglioramento della loro costituzione.

E al suo secondo anno di vita soltanto, la Scuola, come si disse, ha la fortuna di poter concorrere ad organizzare un grande Concorso Ginnastico Femminile Nazionale, cui sarà collegato un Concorso Nazionale Scolastico (maschile e femminile), l'uno e l'altro destinati a richiamare a Bologna la gagliarda e fiorente gioventù d'Italia.

Possa questo brillante inizio della vita di questa Scuola essere di lieto augurio per la sua futura attività.

M

NOTIZIE DIVERSE.

I funerali di Antonio Cardarelli.

Imponentissimo è stato il tributo di affetto e di venerazione che Napoli ha reso alla salma del grande Maestro della medicina.

Ai funerali ha partecipato uno stuolo interminabile di autorità, di personalità eminenti della scienza, della politica, dell'arte, istituzioni di beneficenza ecc. La folla immensa era a stento trattenuta dalle truppe. La mesta cerimonia ha assunto tutto il carattere di un avvenimento nazionale.

La salma è stata trasportata e tumulata a Civitanova del Sannio, patria dell'illustre Estinto. Manifestazioni di cordoglio si sono rinnovate lungo tutto il percorso. La spoglia mortale è scesa all'ultima dimora tra il rimpianto e la commozione di tutto un popolo.

Innumerevoli condoglianze sono giunte alla famiglia. Il Capo del Governo ha così telegrafato: « Esprimo mio vivo cordoglio per scomparsa illustre clinico e parlamentare, che onorò con lunga e intemerata vita la Patria e la Scuola ».

Condizioni sanitarie dei Comuni laziali.

Nei Comuni di Albano, Genzano, Ariccia e Velletri la febbre tifoide assunse durante il decorso novembre molta estensione. Ora le condizioni sanitarie vanno continuamente migliorando, grazie alle misure igieniche adottate ed attuate con alacrità, sotto la vigile cura dei poteri sanitarî centrali.

In esecuzione del deliberato del Consiglio dei Ministri del 6 dicembre u. s. per la nomina di un Commissario speciale per la risoluzione del problema idrico nei Castelli Laziali, il Capo del Governo ha prescelto il comm. ing. Franklin Colamonico, ispettore superiore del Genio Civile, che dovrà assolvere entro tre mesi l'importante compito.

Corsi internazionali di perfezionamento per medici.

Avranno luogo a Berlino nei mesi di marzo e aprile. Saranno preparati dalla Facoltà medica dell'Università, insieme alle organizzazioni della Kaiserin Friedrich-Haus e all'Associazione dei docenti per corsi feriali per medici.

Sono progettati: 1° Corso di compendio generale concernente i progressi della medicina generale, con speciale considerazione alla moderna terapia (1-12 marzo); 2° Corso di compendio speciale sulle malattie del cuore, dei reni e dei vasi (14-23 marzo); 3° Corso di compendio sulla radiologia (24-31 marzo); 4° Corsi particolari su Sezioni di tutte le parti della medicina, in quindici giorni (14-26 marzo), o in quattro settimane (1-26 marzo). Questi corsi sono connessi ad esercizi pratici e dimostrazioni su ammalati; 5° Corso pratico di tecnica diagnostica e terapeutica nelle sale e nei laboratorî dell'Ospedale Civico « Am Urban » (1-14 aprile).

Per informazioni rivolgersi alla Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 6, Luisenplatz 2-4.

Per il Collegio-Convitto di Perugia.

Il sen. prof. Simonetta, presidente dell'Opera Pia di Assistenza agli orfani dei sanitarî, ha elargito L. 20,000 perchè siano migliorate temporaneamente le retribuzioni del personale d'amministrazione, in attesa di provvedimenti definitivi, che rispondano ai voti espressi nell'ultima adunanza del Consiglio. Questo atto di generosità è una nuova prova degli alti sentimenti umanitarî che animano il prof. Simonetta e del suo attaccamento all'Istituto, al quale ha consacrato tanta parte di se stesso.

Provvidenze per l'Albania.

Il Capo del Governo, non appena si ebbe notizia che una violenta scossa di terremoto aveva demolito molte case di Durazzo, per concorrere a prestar aiuto fraterno a quella città, ribadendo i vincoli stabiliti dal patto di Tirano, ha disposto in poche ore per mezzo della C. R. I. l'invio a Durazzo di un campo di soccorso capace di ricoverare 650 persone, delle quali più di 300, preferibilmente donne e malati, forniti di letti completi.

Hanno fatto parte dell'attendamento sanitario, corredato di quanto possa essere necessario per medicazioni e piccoli interventi operativi, due cucine da campo con larga scorta di generi di prima necessità, sovratutto per il sostentamento delle donne e dei bambini, e una sezione di strumenti atti a demolizione e puntellamento delle abitazioni colpite dal sinistro.

Con il materiale indispensabile alla costituzione di questo vasto attendamento sono stati inviati un ufficiale medico, un ufficiale di amministrazione e dieci uomini, tutti della Croce Rossa specializzata per i pronti soccorsi e per la preparazione di accampamenti di soccorso.

Nella stampa sanitaria.

« L'Igiene della Scuola », la nota rivista fondata e diretta con molta solerzia dal prof. Mario Ragazzi — al quale essa è costata non pochi sacrifici di tempo, di lavoro ed economici — cessa le pubblicazioni dopo 17 anni di vita, a causa delle difficoltà editoriali inerenti ai prezzi sempre più proibitivi della stampa.

Al valoroso sanitario, attivo promotore dell'igiene scolastica in Italia, vada il nostro collegiale saluto e l'augurio di averlo ancora a fianco nella campagna per la redenzione igienica e sanitaria del nostro Paese.

Scambi colturali.

Il dott. Friedrich Neufeld, direttore dell'Istituto Roberto Koch per le malattie infettive a Berlino, ha tenuto una conferenza al corpo scientifico dell'Istituto Rockefeller di New **York**, sul tema: « La chemoterapia delle infezioni batteriche ».

Epidemia d'influenza.

L'influenza si è diffusa in quasi tutta l'Europa ed ha assunto una forma violenta e letale in vari paesi, quali la Francia, la Germania, la Svizzera e la Spagna. A Montpellier in tre giorni furono registrati 103 decessi per influenza. Nella regione di Barcellona entro dicembre si contavano diecimila morti: si era tornati alle forme e proporzioni del 1918.

Il Numerus clausus alla Facoltà Medica di Buenos Aires.

Il Consiglio della Facoltà Medica di Buenos Aires ha proposto di limitare a 400 le immatricolazioni annue affinchè vi sia rispondenza tra il numero degli studenti e la capacità didattica degli istituti. La selezione verrebbe fatta in base ai seguenti criterî: sono ammessi tutti i diplomati del Collegio Nazionale Centrale, che abbiano riportato una media superiore a sette decimi; completeranno la cifra coloro che, avendo sostenuto gli esami di ammissione nelle due sessioni immediatamente precedenti, abbiano riportato le classificazioni più alte. (*Rev. Méd. de Barcelona*, novembre 1926).

Il premio Nobel.

Dopo parecchie notizie contradittorie, pubblicate nei periodici medici, risulta che l'annunzio del premio Nobel per la medicina, il quale sarebbe stato conferito al prof. Johannes Fibiger di Copenaghen, era prematuro: l'« Accademia Svedese di Medicina » di Stoccolma ha stabilito che nessun contributo originale alla medicina è stato abbastanza importante, da meritare l'assegnazione del premio per il 1926. (Così il *Jl. A. M. A.*).

Il dott. Marañon.

Abbiamo già dato notizia dell'imprigionamento e della messa in libertà di Marañon. Interessa aggiungere che l'imprigionamento è durato un mese e che il valente clinico è stato anche condannato a una multa di 100,000 pesetas, cioè circa mezzo milione di lire it.

Dopo l'avvento di Primo de Rivera, il Marañon aveva rinunziato a tutte le cariche che occupava ed a tutte le onorificenze, mantenendo solo il posto all'Ospedale Generale, vinto per concorso nella sua età giovanile. Quando Unamuno venne confinato nelle Isole Canarie, il Marañon ne prese il posto quale presidente dell'« Atheneum,» di Madrid. Egli dunque era poco accetto al Governo; e dopo il tentativo di rivolta, determinatosi nello scorso autunno, fu imprigionato insieme ad alcuni capi della cospirazione. Non ebbe difficoltà a provare la sua innocenza innanzi al Tribunale militare; ma ha dovuto subire limitazioni della propria libertà personale e corrispondere la forte multa suddetta, che fortunatamente, per le sue condizioni economiche, gli riesce quasi indifferente.

L'Accademia Medica di Madrid, a dargli una prova di estimazione, lo ha ora eletto proprio presidente.

POSTA AMMINISTRATIVA.

Agli amici del "Policlinico,,.

Sono trascorse appena tre settimane da che il nostro Editore, spiegando agli abbonati del *Policlinico* le cause dell'aumento dovuto portare al prezzo di abbonamento pel nuovo anno, esprimeva la fiducia che per la iniziata battaglia rivalutatrice della nostra lira, non si fossero avverati più aggravi di qualsiasi specie, essendo la misura raggiunta ormai pressochè insopportabile per la borsa dei Medici condotti, cui il nostro periodico è destinato, dovendosi tener conto che i proventi di questa nobile professione sono divenuti troppo inadeguati alle molteplici esigenze indispensabili per esercitare con coscienza la loro alta missione.

Viceversa (i nostri lettori lo avranno certamente notato) da qualche giorno sui quotidiani politici di Roma si sta dibattendo una controversia fra gli Editori di Giornali e Riviste con gli Industriali cartai, perchè questi ultimi non solo non hanno rispettato i patti fissati in una convenzione, ma tendono ad inasprire ulteriormente i già troppo alti prezzi della carta.

A rendere poi ancora più difficile la già ardua situazione a questo ramo di intrapresa (la stampa medica scientifica non ha risorse straordinarie a cui ricorrere) è stato or ora deciso un nuovo aumento di caro-vita agli operai grafici di Roma.

Riportiamo integralmente qui sotto la circolare che all'uopo è stata diramata e che lo Stabilimento Tipografico stampatore del nostro *Policlinico* è stato sollecito a mettere a nostro carico, dandocene comunicazione con lettera del 15 corrente.

Lasciamo le considerazioni ai nostri fedeli abbonati, sopratutto a quei pochissimi, in verità, i quali nell'inviarci il nuovo importo pel 1927 espressero, sul modestissimo aumento da noi domandato, degli apprezzamenti che avrebbero potuto risparmiare.

L'AMMINISTRAZIONE.

*
* *

Sindacato Regionale Fascista delle Industrie Grafiche.

Roma - Piazza S. Luigi de' Francesi, 34

Roma, 13 gennaio 1927.

Ai Sigg. committenti di lavori grafici.

Questo Sindacato si pregia di portare a conoscenza della spett. Clientela delle Ditte Grafiche di Roma che il numero-indice dell'Ufficio di Statistica del Governatorato di Roma segna un aumento del 3 % sul costo della vita in Roma. Essendo la indennità caro-viveri per gli operai grafici ed affini regolata da tale numero-indice, l'indennità caro-viveri spettante agli operai stessi è salita dall'85 % all'88 %, a cominciare dal 1° del corrente mese.

La spett. Clientela vorrà sopportare l'inevitabile aumento di pari entità che si rende necessario sui prezzi dei lavori grafici, aumento sempre inferiore a quello reale, dato l'enorme rialzo dei prezzi di tutte le materie prime.

Con ossequio.

Il Segretario: G. TRAVAGLIA.

RIVISTE SPECIALI di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico,, in abbonamento cumulativo pel 1927.

Gli associati al «Policlinico», a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:
L. **28** per l'Italia o L. **45** per l'Estero
potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1927 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continazione de "**Le malattie del cuore e dei vasi**,,

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto da VITTORIO ASCOLI, Clinico Medico di Roma

Redattore Capo: CESA PEZZ

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☞ N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico «Le malattie del cuore», nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di oltre 48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☞ N. B. — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa

Questa rivista, che entra nel terzo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un numero separato L. 5
Per gli associati al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☞ N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate (1925 e 1926) del periodico stesso, per sole L. **40** se in Italia e per sole L. **65** se all'Estero, in porto franco.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al **prezzo di favore** di sole:

L. 78 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «**per l'Ufficio postale Succ. diciotto**», **ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *È vietata la riproduzione di lavori pubblicati nel* **POLICLINICO** *e la pubblicazione dei sunti di essi senza citarne la fonte.*

V. ASCOLI, Red. resp.

Stab. Tipo-Litografico Armani.

ANNO XXXIV Roma, 31 Gennaio 1927 Fasc. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AVVERTENZA Il volume del dott. M. CARDINI: **LA VITA e L'OPERA di MARCELLO MALPIGHI** concesso agli abbonati del *Policlinico* in semi-premio, ossia **franco di porto** per sole L. **5** se in Italia o per sole L. **10** se all'Estero (il prezzo del volume è di L. **20 più le spese postali di spedizione)** è finito di stampare e si sta confezionando. È riuscito un elegante volume di pagg. VIII-124 ed è corredato di un ritratto del grande biologo che l'Italia vanta fra le sue glorie.

Per dare modo a chi è in ritardo nel corrispondere il proprio abbonamento di ottenere il volume al suddetto *prezzo di favore*, il tempo utile per fruirne viene *dilazionato al 20 febbraio, termine improrogabile*. Perciò anche coloro che trascurarono di aggiungere L. 5 o L. 10 al già inviato prezzo di abbonamento, possono profittare di questa proroga per rimettere tale importo ed anch'essi verranno inclusi nella spedizione del volume che sarà prossimamente iniziata.

L'AMMINISTRAZIONE.

PROFILASSI SOCIALE.

La profilassi delle malattie veneree, con speciale riguardo alla profilassi della sifilide mediante gli arsenobenzoli. (1)

Prof. G. PICCARDI
libero docente all'Università di Torino
e direttore nei Dispensari celtici municipali.

L'O., dopo aver accennato al carattere eminentemente sociale delle malattie veneree in genere e della sifilide in specie, sia per la sua grande diffusione, per quanto la morbilità non possa essere giustamente calcolata, mancando in Italia l'obbligo della denunzia, e l'alta mortalità non risulti dalle statistiche ufficiali, perchè i casi di morte vengono elencati sotto altre voci (lesioni cardio-vascolari, paralisi progressiva, tabe dorsale, mieliti, apoplessie, epatiti, nefriti, ecc.) sia per il trasmettersi alla discendenza, procurando aborti, nati-morti, polimortalità infantile, eredoluetici, portando così allo spopolamento delle nazioni ed alla degenerazione delle razze, elogia l'idea della Presidenza del Congresso di averne fatto tema della riunione assieme a quello della tubercolosi, giacchè subito dopo questa, la sifilide rappresenta la più grave calamità sociale, su cui deve essere richiamata l'attenzione dello Stato per l'istituzione di quei mezzi di profilassi che, se largamente ed organicamente applicati, lasciano intravedere la possibilità di sopprimerla o per lo meno di ridurla a piccoli focolai sporadici, come è avvenuto per altre infezioni più contagiose e più diffusibili.

Il *Regolamento Mussolini* del marzo 1923, che dopo due anni di esperimento, è ora in revisione,

(1) Riassunto della Relazione sul tema ufficiale al IV Congresso Nazionale di Igiene in Torino (10-20 giugno 1926).

Il relatore, grazie alla squisita cortesia dell'Istituto d'Igiene e Previdenza sociale, che mise a sua disposizione la sua biblioteca, potè raccogliere numerosi dati statistici, riguardanti l'Italia e l'Estero, che per brevità vengono omessi in questo riassunto.

deve essere rispettato nella sua struttura, giacchè, mediante i diversi mezzi di profilassi, permette di tutelare la salute pubblica, senza venir meno al rispetto della personalità umana, cui si è ispirata la legislazione italiana dopo la legge Crispi.

La *sorveglianza delle case di prostituzione*, notevolmente migliorata, dopo la sostituzione dei *fiduciari* con i *medici visitatori*, non potrebbe essere abolita senza il pericolo di una maggior diffusione delle malattie veneree, come avvenne a Bruxelles, ove, dopo sei mesi di esperimento abolizionista, si dovette tornare all'antica regolamentazione. Essa dovrà anzi essere intensificata e corredata dalle ricerche di laboratorio, oltre che dall'esame clinico, per le meretrici, le quali dovrebbero essere sottoposte a cure preventive per evitare le recidive di manifestazioni contagiose.

La *tessera sanitaria* alle prostitute libere, che ove fu bene applicata, diede risultati notevoli, è un'ottima misura di profilassi che dovrà essere sempre più estesa mediante l'intervento della polizia, la quale dovrebbe fare opera di propaganda e di persuasione per indurre questa vasta categoria di donne alla visita regolare preventiva.

I *dispensari celtici*, vanto della legislazione sanitaria italiana, sono ormai quasi al completo, a norma del regolamento che ne stabilisce almeno uno per ogni città di 30,000 abitanti (139 dispensari e 164 sale celtiche in tutta Italia) secondo l'elenco pubblicato nella Relazione della Direzione Generale di Sanità (22 giugno 1925), la quale si propone di istituire dei dispensari nei principali porti marittimi per la cura gratuita dei lavoratori e della gente di mare anche di nazionalità estera.

Ma nulla è stabilito nel regolamento riguardo all'arredamento di questi dispensari, che non possono più consistere in una sala d'aspetto ed in una sala di visita, e sopratutto riguardo ai rimedi della sifilide, in cui si è fatto un enorme progresso, specialmente dal lato profilattico.

L'O. entra quindi nel vivo della questione della *profilassi terapeutica mediante gli arsenobenzoli*, facendone rilevare i vantaggi, quando le iniezioni endovenose, che possono praticarsi ambulatoriamente, vengono usate in dosi sufficienti e ripetute in serie; i quali vantaggi consistono nella grande probabilità di riuscire nella cura abortiva nei casi iniziali, nella rapida scomparsa delle manifestazioni contagiose, per lo più senza recidive, nella pronta e quasi costante guarigione delle lesioni terziarie, nel miglioramento ed arresto della tabe dorsale, e per ciò che riguarda la sifilide ereditaria, procreazione di prole apparentemente sana nei matrimoni tra i luetici, anche quando la madre è in pieno periodo eruttivo durante la gravidanza.

Ciò che ha trattenuto molti sifilografi dall'usare le iniezioni endovenose largamente a scopo profilattico sono gl'incidenti, più o meno gravi, talora anche mortali, vicini o lontani, osservati in seguito a questo metodo di cura.

Ma se si fa il bilancio tra gli enormi vantaggi individuali e sopratutto sociali, sia riguardo alla sifilide acquisita che all'ereditaria, gl'inconvenienti diventano una quantità trascurabile.

I casi di morte immediati o a breve distanza dalla cura che naturalmente hanno maggiormente impressionato medici e pubblico, i quali ascendono a qualche centinaio, possono essere evitati nella maggior parte dei casi con l'esame attento del malato, con l'uso prudente e gradatamente crescente delle dosi, con la scelta accurata del rimedio, la cui composizione chimica è ora molto progredita. Secondo una media desunta da numerose statistiche (Mariani) i casi di morte finora pubblicati sarebbero nella proporzione di uno sopra circa 10,000-15,000; ma se si considera l'enorme diffusione che hanno ora assunto questi rimedi, la proporzione deve essere senza dubbio inferiore.

Le neuro-recidive, ormai riconosciute come localizzazioni nervose di sifilide, curata insufficientemente, e non come lesioni tossiche, vanno diventando sempre più rare da che la cura viene intensificata con l'aumento delle dosi globali e con l'abbreviazione dell'intervallo fra una serie e l'altra di iniezioni endovenose. La presunta *azione nociva degli arsenobenzoli sull'organo della vista* non è stata confermata da alcun sifilografo che abbia usato largamente gli arsenobenzoli. *Le crisi nitritoidi* si evitano per lo più usando preparati poco ossidabili e che si scindono lentamente nell'organismo (neoargirolo).

Il concetto che gli arsenobenzoli abbiano semplicemente un'azione palliativa sulle manifestazioni esterne (*imbiancamento*) favorendo le localizzazioni interne e specialmente quelle del sistema nervoso centrale, non ha alcun fondamento. Ciò può avvenire nelle cure insufficienti, ma se la cura è fatta a dosi normali e convenientemente ripetuta, nelle forme recenti, riesce per lo più alla sterilizzazione dell'organismo.

In malati ben curati, non solo si prevengono le manifestazioni secondarie, ma anche le terziarie e per lo più si ottiene la modificazione della R. W. che si mantiene tale per un tempo indefinito. Il quale tempo, di oltre 17 anni è ormai sufficiente per giudicare dell'azione di questi rimedi riguardo al terziarismo, che si esaurisce per lo più entro i primi quindici anni, diventando eccezionale dopo tale termine; entro questi limiti è anche possibile giudicare dell'azione preventiva di questi rimedi sulle così dette *parasifilidi* le

quali si iniziano, salvo rare eccezioni, verso l'8°, il 10° o il 12° anno.

Una statistica personale dell'A. di 146 casi di parasifilidi (96 di tabe dorsale, 23 di paralisi progressiva, 27 di lesioni cardiovascolari), ripartiti secondo le cure a cui furono sottoposti, dà i seguenti risultati: 32 tra uomini e donne avevano ignorato la sifilide; 13 pur sapendo di averla, non avevano fatto alcuna cura; 69 furono curati insufficientemente con preparati mercuriali e iodici; 11 fecero cura arsenobenzolica insufficiente (per lo più mista); 21 furono ben curati con mercurio; *neppur uno dei malati ben curati con arsenobenzoli presentò sinora manifestazioni quaternarie.*

Anche dalla « Statistica ufficiale delle cause di di morte nel Regno » dal 1887 al 1923 non risulta assolutamente che la paralisi progressiva e la tabe dorsale siano aumentate dopo l'introduzione degli arsenobenzoli; anzi la mortalità per la prima, dopo una oscillazione da 50 al 144 per milione (nel 1911), si abbassa a 58 nel 1923, e per la seconda, dal massimo di 160 per milione nel triennio 1890-92, discende gradatamente a 36 nel 1923; e ciò ad onta della grande diffusione della sifilide avvenuta durante la guerra.

Ma ancora più dimostrative sono le statistiche dei manicomi di Torino (Città e Collegno) gentilmente favorite dai proff. Tirelli e Rivano, dalle quali risulta che, mentre nel periodo precedente all'uso del Salvarsan (dal 1905 al 1925) si aveva una percentuale media del 7.5 % su tutti i malati ricoverati, negli anni successivi essa andò gradatamente discendendo fino a raggiungere un minimo di 1.47 nel 1918, per riprendere in seguito la sua ascensione, raggiungendo il 7.4 nel 1925. Osserviamo dunque un fatto che sembra quasi paradossale, che cioè durante la guerra, e subito dopo, a distanza di 6-8-10 anni dalla introduzione degli arsenobenzoli, periodo classico per l'inizio della paralisi progressiva, ad onta del perturbamento bellico in cui tutte le cause fisiche e psichiche si trovarono unite per favorirne lo sviluppo, mentre tutte le altre psicosi aumentarono notevolmente (si noti che durante la guerra funzionava nel manicomio di Torino un reparto psichiatrico militare), la demenza paralitica subì una fortissima diminuzione; così nel 1916 su 942 ricoverati abbiamo appena 28 casi di p.p. (2.90 %), nel 1917 su 1147 malati, 20 di p.p. (1.74 %) e nel 1918, su 1356, 20 di p.p. (1.47 %). Ma il fatto ancora più strano si è che in questo periodo il contributo maggiore di p.p. è dato dalle donne, contrariamente alla comune osservazione; il che è ancora a favore degli arsenobenzoli, essendo noto con quanta frequenza la sifilide passi inosservata nella donna, e come generalmente sia mal curata.

Dalle suddette statistiche risulta invece una ripresa della p.p. in questi ultimi anni (si arriva al 7.4 % nel 1925), che è la conseguenza necessaria dell'aumento della sifilide avvenuto durante la guerra; tuttavia non si raggiunge ancora la proporzione del 9.77 %, constatata nel 1907, prima dell'êra arsenobenzolica.

In base a questo preteso aumento delle affezioni quaternarie, la Società Tedesca di Dermatologia e Sifilografia promosse recentemente un referendum fra i soci riguardo al valore terapeutico e profilattico degli arsenobenzoli ed ai relativi danni, che si risolse favorevolmente a questi preparati, giacchè il 97 % dei votanti affermò che *la cura salvarsanica non può essere limitata senza grave danno della salute pubblica.*

I risultati favorevoli della profilassi arsenobenzolica furono ovunque constatati con una forte riduzione delle nuove infezioni; così a Torino, da circa 750 sifilomi iniziali osservati nei dispensari celtici nel 1917, si discese gradatamente a 150 nel 1924.

Tali benefici risultati non solo si constatano con la diminuzione della sifilide acquisita, ma anche con la prevenzione della sifilide ereditaria. Su 45 matrimoni tra luetici curati con arsenobenzoli, Piccardi osservò quasi costantemente prole sana, sia che fosse infetto solo il padre prima della procreazione, sia che lo fossero entrambi i genitori, sia che le madri incinte si trovassero in pieno periodo eruttivo secondario.

Ciò risulta anche dalla *Statistica Ufficiale delle cause di morte in Italia*, in cui si ha una notevole riduzione della mortalità per sifilide negli ultimi anni, e si tratta, come è detto nella relazione, quasi esclusivamente di sifilide ereditaria, la quale da una media del 68 per milione nel triennio 1887-1889 discende gradatamente a 38 per milione nel 1923. E ciò ad onta della grande diffusione della sifilide durante la guerra e dei mezzi più precisi di diagnosi (R. W., ricerca dei treponemi).

Le altre ipotesi formulate a spiegare questa notevole diminuzione della sifilide acquisita ed ereditaria non hanno alcuna base. La pretesa *sifilizzazione generale* avvenuta durante la guerra per cui la lue troverebbe sterilizzato il campo per una ulteriore diffusione, non è dimostrato dalle statistiche ufficiali. Il così detto *genio epidemico* per cui la sifilide, come altre infezioni, avrebbe periodi di ascensione e diminuzione spontanea, capricciosa, indipendente da ogni mezzo di profilassi, non ha riscontro nella storia di questa classica endemia, in cui tali variazioni sono legate a determinati fattori e gli aumenti coincidono sempre con cause speciali (guerre, rallentamento della sorveglianza della prostituzione, ecc.), cessate le quali avviene un ristabili-

mento dell'equilibrio, ma mai, attraverso quattro secoli, fu osservata una così forte e rapida diminuzione.

L'ipotesi, invocata da qualche scrittore, che le *depresse condizioni economiche* dell'Italia e specialmente di Torino, limitando i rapporti mercenari impedirebbero la diffusione delle malattie veneree è completamente smentita dal fatto che mai come ora, almeno a Torino, i postriboli furono affollati, tanto che nei giorni festivi vi sono donne che ricevono 60-70 uomini e talora perfino 120!

Anche l'applicazione del nuovo regolamento sulla profilassi venerea, per quanto ottimo nelle direttive, sia per la incompleta applicazione o per altre ragioni, non ha dato finora risultati tangibili, anzi dopo il 1923 si è constatato un lieve aumento delle malattie veneree, compresa la sifilide, aumento d'altronde rilevato anche all'estero (Francia) ed attribuito, per ciò che riguarda la sifilide, all'uso in questi ultimi anni di nuovi rimedi — bismuto — e nuove forme di somministrazione degli arsenicali — iniezioni sottocutanee, intramuscolari, via orale — che pur essendo ottimi antiluetici, hanno indiscutibilmente un'azione meno energica, meno costante, meno rapida sulle manifestazioni contagiose, e quindi sono meno adatti a scopo profilattico.

L'O. è perciò convinto che la forte diminuzione della sifilide ovunque osservata non può essere attribuita che alla terapia arsenobenzolica endovenosa e ritiene che se nelle forme recenti di lue, negli ammalati con manifestazioni contagiose si insisterà con questo metodo di cura, che, portando il rimedio in tutti i meandri dell'organismo, raggiunge la vera chemioterapia, riservando invece il bismuto, il mercurio e le iniezioni intramuscolari arsenobenzoliche come cure di *entratien*, anche questa riaccensione sarà presto arrestata; e se le iniezioni endovenose non saranno più un privilegio dei ricchi, ma verranno diffuse a tutta la popolazione, con la somministrazione gratuita del rimedio da parte dello Stato, allargandone sempre più l'applicazione nelle cliniche, nelle sale celtiche, e sopratutto nei dispensari celtici, la diminuzione graduale continuerà fino all'estinzione più o meno completa della lue.

L'O. quindi conclude:

Così, quanto più ci allontaniamo dal giorno della invenzione di Ehrlich — sono già trascorsi diciassette anni! — quanto meglio studiamo i particolari di questo mirabile metodo di cura, col perfezionamento dei preparati, con la precisione nella tecnica, e ne riconosciamo vantaggi e inconvenienti, imparando a sfruttare al massimo gli uni e ad evitare gli altri; quanto più ci spogliamo del preconcetto di voler ottenere in una sola volta o con poche iniezioni la sterilizzazione assoluta dell'individuo; quanto più con animo sereno ed in base a numerose statistiche giudichiamo i risultati ottenuti attraverso l'osservazione di oltre tre lustri, sia come rimedio individuale che come mezzo profilattico, tanto più cresce l'ammirazione per questo scienziato che, accanto a Jenner, a Pasteur e Koch, sarà considerato come uno dei grandi benefattori della umanità!

Ma non bisogna dimenticare, come del resto lealmente riconosce lo scienziato tedesco, che se la chemioterapia con gli arsenobenzoli è stata possibile ciò si deve in gran parte a medici italiani; al sommo Baccelli, precursore di quella romanità che ora si esalta, il quale per il primo aprì la via delle vene ai rimedi eroici; ad Ernesto Bertarelli e Mario Truffi che, riproducendo la sifilide nei comuni animali di esperimento, permisero la prova in *corpore vili* della lunga serie di sostanze cimentate fino ad arrivare al famoso *606*, base di tutti i successivi preparati arsenobenzolici.

Non dobbiamo dunque adontarci se le iniezioni di calomelano di Scarenzio, altra gloria italiana, che pure conservano ancora particolari indicazioni, passano oggi in seconda linea nel problema della profilassi della sifilide.

Ma una gloria ben maggiore potrà conquistare l'Italia se con l'applicazione larga, integrale e scientifica del suo Regolamento sulla profilassi delle malattie veneree, che io ritengo un modello di legislazione sanitaria (salvo qualche piccola menda che verrà ora eliminata), giacchè, lontano da abolizionismi pericolosi e da eccessive restrizioni poliziesche, contempera la difesa della salute pubblica con il rispetto della personalità umana, sarà una delle prime nazioni a liberarsi dal triste flagello che incombe da quattro secoli sull'umanità. E non solo gloria radiosa per i vantaggi umanitari ed economici, ma necessità per la vita, per la salute, per la forza, per l'espansione della razza italica, la quale rappresenta il più potente patrimonio della Nazione.

Voglio chiudere questa relazione con le parole ammonitrici del prof. Lombardo nella sua relazione al XX Congresso della Soc. Ital. di Derm. e Sifilografia, sulla sifilide ereditaria, giacchè nulla di meglio mi pare atto ad attirare l'attenzione dei pubblici poteri su questo problema, ed a farne intravedere la favorevole soluzione in un non lontano avvenire.

« Dobbiamo insistere per l'organizzazione della lotta contro la sifilide, invocandone i mezzi necessari specialmente dallo Stato; questa grande e profittevole battaglia contro la sifilide prima o dopo bisogna combatterla... occorre intraprendere la battaglia *con mezzi adatti, che pur vi sono*, e con larghezza proporzionata allo scopo che si vorrebbe raggiungere, di cioè limitare la sifilide

a rari focolai di poca entità, come già si è fatto per altre infezioni ben più difficilmente contenibili perchè più contagiose e più diffusibili...

In Italia la sifilide non appare così diffusa come in altre nazioni più gravemente colpite; ma se non si può ragionevolmente sostenere che sia la malattia più diffusa, certo è una delle malattie a carattere sociale che deve richiamare l'attenzione oltre che dei medici, dei sociologi, dello *Stato*, tanto più che se noi non abbiamo la preoccupazione che ha fatto esclamare a Milian ... *la Francia ha pochi figli, che almeno quelli che nascono siano sani e forti*, non è meno necessario che i molti figli che nascono in Italia siano forti ed indenni da sifilide; una popolazione di uomini malati è più nefasta per una nazione che una scarsa natalità ».

Il Governo attuale, che, come nessun altro, per le sue direttive di rigida disciplina collettiva, per le sue aspirazioni di grandezza nazionale, è direttamente interessato al problema della salute pubblica, alla forza ed all'incremento della razza, di cui si è mostrato sollecito con la emanazione rapida della legge sulla profilassi venerea e sull'assistenza delle donne e dei fanciulli, non potrà lasciare inascoltati i voti che questo Congresso emetterà, in base a relazioni e a discussioni di chi, essendo a contatto con le malattie sociali che più minacciano l'integrità e l'esistenza della Nazione, è in grado di segnalarne i pericoli ed additarne i rimedi.

*
* *

Dopo breve discussione, viene approvato ad unanimità il seguente

ORDINE DEL GIORNO.

La Società Italiana d'Igiene nel suo IV Congresso Nazionale; riconoscendo che le malattie veneree in genere e la sifilide in specie, per la loro diffusione, per le conseguenze individuali e sociali che si ripercuotono alle generazioni successive con lo spopolamento e con la degenerazione della razza devono essere considerate come vere malattie sociali, invoca i poteri dello Stato affinchè siano sempre più intensificate quelle misure di profilassi che l'esperimento ha dimostrato più adatte ad impedire la diffusione:

1) fra i mezzi di profilassi individuale, oltre alla educazione sessuale, la larga propaganda orale, scritta e rappresentativa sui pericoli delle malattie veneree, raccomandando l'uso degli antisettici speciali, di riconosciuta efficacia quali la pomata Metschnikoff-Gauduchau, la quale perchè vinca la diffidenza del pubblico deve essere garantita e diffusa dallo Stato fra la popolazione civile, come lo è fra le truppe di terra e di mare;

2) per la profilassi statale ritiene rispondente al momento attuale che attraversa l'Italia il Regolamento per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree, che ora è in revisione, e crede perciò debba essere conservato nella sua struttura fondamentale, giacchè, pur rispettando a personalità umana, appare adatto nei suoi diversi provvedimenti alla difesa della collettività contro queste malattie. Ma i risultati dipenderanno sopratutto dalla sua larga ed integrale applicazione, tenendo conto delle moderne cognizioni sulle infezioni veneree e specialmente delle conquiste sulla etiologia e sulla terapia della sifilide;

3) non crede possa sostenersi in Italia l'abolizione delle case di tolleranza e della loro sorveglianza sanitaria senza il pericolo di una maggiore diffusione delle malattie veneree. Ritiene anzi che tale vigilanza, la quale naturalmente non può dare garanzia assoluta nell'impedire i contagi, debba essere sempre più rigorosa e praticata da personale di indiscussa competenza nella specialità dermosifilopatica, scelto mediante regolari concorsi;

4) l'istituzione della *tessera sanitaria* per le prostitute clandestine dovrà essere sempre più diffusa con mezzi di propaganda e di persuasione in modo da indurre questa vasta categoria di donne a sottoporsi volontariamente a visite preventive periodiche nell'interesse loro e della collettività.

Richiama a questo riguardo i poteri dello Stato perchè gli agenti di Polizia che si trovano a contatto con esse siano istruiti sull'importanza, sui fini e sulle modalità di applicazione di questo mezzo di profilassi;

5) i dispensari celtici, vanto dell'Italia, che prima fra tutte le nazioni li adottò, riconosciuti ormai di utilità indiscussa da tutti i paesi, qualunque ne sia la legislazione profilattica, devono essere realmente aumentati di numero secondo quanto prescrive il Regolamento istituendone uno ogni città superiore ai 30,000 abitanti e nei porti marittimi per la cura dei lavoratori e della gente di mare, anche di nazionalità straniera.

Ma sopratutto questi luoghi di propaganda igienica e di cura devono essere corredati di tutti quei mezzi adatti a stabilire la diagnosi precoce delle infezioni veneree e specialmente della sifilide, da cui dipende la possibilità di soffocare in sul nascere i focolai contagiosi;

6) convinto che ormai, dopo 17 anni di esperimento, i preparati arsenobenzolici si siano dimostrati i mezzi più efficaci di cura individuale ed i più adatti ad impedire la diffusione della sifilide, con danni minimi, e per lo più evitabili, di fronte agli immensi vantaggi per il malato e per la collettività, invoca dallo Stato la distribuzione gratuita alle Cliniche dermosifilopatiche, ostetriche e pediatriche, alle sale celtiche, ed ai dispensari celtici, giacchè usato convenientemente da medici competenti porterà senza dubbio ad una riduzione sempre maggiore della sifilide;

7) La questione finanziaria della distribuzione gratuita può essere facilmente risolta facendo degli arsenobenzoli fabbricati dalle *ottime case italiane* una *privativa di Stato*, da cui questo potrebbe ricavare, con la vendita al pubblico, notevoli guadagni da impiegare al sovvenzionamento degli altri mezzi di profilassi antivenerea;

8) oltre la denunzia dei casi d'infezione nelle collettività, stabilita dal Regolamento, propone la denunzia alla autorità sanitaria per gli opportuni provvedimenti, di quei casi, uomini e donne, che riconosciuti infetti ed edotti del pericolo della diffusione della malattia, non si sottopongono alle cure necessarie nel proprio interesse e per evitare il contagio di altre persone.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTIT. DI CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITA' DI MESSINA.

Rinoplastica col metodo della rotazione della guancia [1].

Prof. GIUSEPPE D'AGATA, direttore.

Dalla R. Clinica Dermosifilopatica veniva passata in quella Chirurgica una donna, che per pregressa lesione luetica, presentava una grave mutilazione del naso, per perdita della parete laterale della narice di destra (fig. 1). Credetti riparare tale perdita di sostanza in un'unica seduta operatoria, sfruttando e ampliando concetti e metodi di plastica consigliati dall'Esser.

Previa anestesia novocainica si praticano dapprima due incisioni parallele, alquanto obliquate in basso, partenti rispettivamente l'una dall'angolo superiore e l'altra da quello inferiore del margine esterno del difetto, e dirette sulla regione genale; una terza incisione praticata alle estremità distali delle due prime riunisce queste e circoscrive così un lembo cutaneo rettangolare (fig. 2). Questo lembo, scollato dal cellulare sottocutaneo, a peduncolo interno, localizzato ad alcuni millimetri di distanza dalla cicatrice lungo il contorno del margine esterno della perdita di sostanza, viene ribattuto a guisa di cerniera sul difetto, adattandolo in modo da poter riformare colla sua faccia cutanea, la parete mucosa della narice mancante (fig. 3).

La cicatrice contornante il difetto, in alto, e verso il dorso del naso, viene cruentata ed accuratamente sdoppiata in un piano anteriore, cutaneo, e uno posteriore, condromucoso. Quest'ultimo viene orlato con il lembo rovesciato e suturato quindi in seta con punti posti in modo che il nodo venga ad essere nella cavità della narice.

Seduta stante, decido di ricolmare, con il metodo della rotazione della guancia, la vasta perdita di sostanza in atto, data dalla somma del letto cruento residuato dal rovesciamento del lembo genieno e da quello prodotto sulla narice destra, dato conseguentemente dalla pagina profonda sottocutanea dello stesso lembo già ribattuto. Viene allora praticata una incisione cutanea arcuata, che parte dall'angolo superiore esterno della per-

(1) Comunicazione fatta all'VIII Congresso Calabro-Siculo nella seduta del 30 aprile 1926 a Messina, con presentazione dell'operata.

dita di sostanza, decorre lungo l'arcata orbitaria inferiore, si dirige verso l'angolo cefalo-auricolare, discende davanti il trago e portandosi al di sotto dell'angolo della mandibola circonda a circa tre cm. in basso la branca orizzontale della mandibola ed a metà di essa piega bruscamente ad angolo quasi retto in alto per circa due cm. (fig. 4).

Il vasto lembo cutaneo, diligentemente scollato dal sottocutaneo e prudentemente mobilizzato, viene rotato fino a che il lembo giunge a ricoprire tutta la perdita di sostanza ed in modo che l'asse di rotazione venga a trovarsi in un punto che corrisponde quasi al terzo medio della regione genale. Ricoperta così al completo tutta la perdita di sostanza (fig. 5), si sutura il margine corrispondente della cute rotata con il lembo anteriore avutosi dallo sdoppiamento del contorno del difetto nasale eseguito, come ho già riferito, nel primo tempo dell'atto operativo. Il lembo rotante risulta in basso, a ragion veduta, eccedente di circa un cm., e viene quindi convenientemente introflesso nella cavità nasale, come duplicato, e suturato al margine inferiore del primo lembo ribattuto, in modo da formare, esteticamente bene, l'orlo della pinna nasale ricostruita.

Quale conseguenza della rotazione del lembo cutaneo risulta un difetto secondario (fig. 5), situato verso il margine interno della porzione fissa; questo difetto viene ricolmato scollando e mobilizzando la cute in alto ed indietro della regione auricolo-temporale, in basso dalle porzioni cutanee rispettivamente prossime alla perdita di sostanza delle regioni parotidea, carotidea, sotto- e sopra-ioidea. Vengono quindi posti alcuni punti profondi di avvicinamento in catgut, e una serie di punti superficiali in seta, che orlano i margini cutanei (fig. 6).

La reintegrazione della vasta perdita di sostanza è stata perfetta, ottenendosi un ottimo risultato estetico e cosmetico.

Tale metodo di plastica, mercè rotazione della guancia, è stato da me attuato in molti altri casi per riparare più o meno estese perdite di sostanza della faccia e del naso, ed ho avuto a lodarmene.

L'incisione cutanea, s'intende, va modificata (ampliata o ristretta) a secondo della localizzazione e della estensione della perdita di sostanza da riparare.

L'asse di rotazione del lembo deve trovarsi in un punto, che corrisponda circa alla cosidetta fossetta della guancia della regione genale, ed essere perpendicolare alla superficie della cute. Tutta l'operazione viene praticata in anestesia locale, meglio se tronculare.

Terminato l'intervento non viene applicata alcuna fasciatura: la ferita viene lasciata libera cospargendo la linea di sutura con polvere di calomelano. Dal terzo giorno vengono tolti parzialmente varii punti dell'orlatura della sutura, e poi tutti completamente allontanati all'ottavo giorno.

Concludendo credo che il metodo della rotazione della guancia, circondato dai varii accorgimenti tecnici secondo i singoli casi, sia da raccomandare per la riparazione di perdite di sostanza della faccia in genere, presentando tale metodo grandi vantaggi di fronte agli altri, come sopratutto la facile esecuzione, l'applicabilità nel maggior numero dei casi ed il raggiungimento perfetto dell'estetica e della cosmesi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Di un tumore teratoide nel cavo toracico.

Prof. ARMANDO BUSSI
docente di patologia medica alla R. Un. di Roma.

(NOTA CASISTICA).

Nell'aprile del 1925 fui chiamato a consulto a Bagno di Romagna (Forlì) per visitare il giovinetto F. Florindo, di anni 13. Riassumo la storia:

Si tratta di un giovinetto, scolaro, figlio di genitori sanissimi e viventi. Nessun precedente di famiglia che richiami la attenzione, e nulla di importante nella anamnesi remota e nella prossima. Quindici giorni prima a seguito di una corsa in bicicletta per strada di montagna, importante uno strapazzo fisico per il giovinetto cui seguì un brusco raffreddamento, si manifestò una forte febbre con tosse violenta e stizzosa, dispnea e dolore toracico destro. Fu diagnosticata una pleuro-bronchite: poi a poco a poco la tosse si era calmata, la febbre scomparsa. Residuava una ottusità nell'ambito dell'emitorace destro.

All'esame obbiettivo rilevo trattarsi di un ragazzo di sviluppo scheletrico pressochè normale, con masse muscolari scarse, scarso il pannicolo adiposo, cute pallida. È afebbrile. La respirazione appare leggermente dispnoica. L'emitorace destro appare alla base leggermente slargato in confronto del sinistro e si ha la impressione di avere in corrispondenza una minore espansione toracica.

Alla palpazione pure sembra di notare in corrispondenza alla base dell'emitorace destro un aumento di resistenza. Tale sensazione però non è chiara, e si pone in evidenza relativa usando il metodo suggerito dall'Ebstein, cioè colla palpazione palpatoria, urtando dolcemente colla punta delle dita contro la superfice del torace.

Alla pressione non si risveglia dolore alcuno.

Alla percussione si hanno rilievi importanti. La delimitazione degli apici polmonari fatta col metodo combinato Kroenig-Goldscheider non pone in luce fatti importanti.

Invece nell'ambito inferiore del torace abbiamo una zona di ottusità che sulla parete anteriore del lato destro del torace si estende dalla base al capezzolo mammario, ottusità che si mantiene tale anche mettendo l'ammalato seduto, mentre posteriormente non si ha ottusità assoluta corri-

spondente, massiva, come anteriormente, ma un suono smorzato.

La anormalità di questo rilievo non era sfuggita alla diligente osservazione del medico curante che aveva pensato alla possibilità di un versamento saccato.

Alla ascoltazione si avvertivano a destra ranto'i a media e grossa bolla in alto, e posteriormente. In corrispondenza della zona di ottusità si ha egofonia. A sinistra respirazione normale.

La anormalità topografica della zona di ottusità, la sua assoluta fissità, qualunque posizione e decubito assuma il paziente, la mancanza della sintomatologia caratteristica mi portano a manifestare il mio dubbio sulla esistenza di un versamento liquido saccato, ed esprimo il mio parere sulla probabile presenza di un tumore. Assieme al collega curante si vcrrebbe procedere ad una puntura di assaggio, ma l'ammalato si oppone: dovendo ripartire pe" Roma raccomando al collega di inviare, non appena possibile, il paziente a Cesena per un esame radioscopico e nel frattempo consiglio una osservazione vigilata.

Lo rivedo nel maggio. È stato alla radioscopia ma la famiglia ed il medico non hanno ancora avuto comunicazione scritta del reperto nè hanno la radiografia sia positiva sia negativa. Le condizioni generali del paziente sembrano migliorate anche per un soggiorno prolungato in alta montagna. La ottusità all'emitorace destro permane ma sembra più ridotta di qualche poco.

Il ragazzo è allegro e vispo. Nel luglio in seguito a scorpacciata di frutta acerba ha una violentissima febbre secondaria ad acuto imbarazzo gastrico cui seguono fatti di tossiemia intestinale che durano una diecina di giorni. Rivedo in quel'a occasione l'ammalato e mi accerto della assoluta indipendenza della forma febbrile decorrente dalla precedente. Noto però il permanere della ottusità ed il suo estendersi verso l'alto, accompagnandosi tale espansione da fatti di compressione del polmone destro.

Persuado la famiglia della necessità di precisare, non appena il paziente si sia rimesso, la diagnosi con tutti i rilievi possibili che la semeiotica e la diagnostica suggeriscono, e poichè profilo la eventualità di un intervento chirurgico, esprimo il parere che il paziente sia visto da un collega chirurgo.

Nell'agosto infatti essendo ospite delle Terme di Bagno l'esimio collega prof. A. Ferrari della Clinica Chirurgica della Università di Parma, a mio invito visita il giovinetto ed assieme rileviamo una maggiore espansione della zona di ottusità, manifesta ora anche posteriormente, ma sempre più accentuata anteriormente. Il prof. Ferrari senza respingere la possibilità di un tumore, esprime l'avviso potersi trattare di una raccolta saccata, di natura corpuscolare o purulenta e ciò in rapporto a certe ascese febbrili della temperatura a tipo intermittente che l'ammalato in quella epoca veniva presentando, ed allo stato oligoemico e cachettico assunto dal giovine F... Vinta finalmente ogni riluttanza della famiglia e del paziente, pochi giorni dopo il collega prof. Mischi chirurgo primario dell'Ospedale di Cesena procede ad una puntura esplorativa, ma con una comune siringa di Pravaz il risultato fu nullo. Sostituita la siringa con una più ampia e con ago di calibro maggiore a fatica si riuscì ad estrarre 1 cmc. circa di un liquame denso, viscido, colore di cioccolato, dall'aspetto di succo tessulare. Esclusa così la presenza di una raccolta saccata, fu deciso di inviare il paziente a Cesena alla Clinica privata del prof. Mischi per un intervento operativo.

Alla Clinica fu fatto anzitutto un diligente esame radiografico del quale così mi scriveva il prof. Mischi: « Il tumore è cresciuto in alto con culmine convesso: è sferoidale. Lascia spazio chiaro all'esterno e verso la colonna vertebrale. Il cuore ed il diaframma non sono spostati. Il tumore ha tutta la apparenza di una formazione a carico del polmone ». Aggiunge il collega: « Con una puntura con ago grossissimo ho estratto una provetta di liquido denso, colore cioccolato, con piccolissimi fiocchi biancastri sospesi. Ho avvertito distintamente la resistenza della parete toracica e quella della intumescenza. Cisti o neoformazione cistica? La oscurità dell'ombra non è intensa come quella del liquido ».

Il giorno 5 settembre il prof. Mischi procedeva all'atto operativo, e cioè alla toracotomia ed esportava, enucleandolo con difficoltà, un grosso tumore sferoidale della grossezza di una grossa testa di feto che occupava la maggior parte dell'emitorace di destra e comprimeva in alto la massa polmonare. L'atto operatorio fu sopportato assai bene e nessun disturbo ne venne dalla cloronarcosi generale.

Il tumore fu inviato all'Istituto anatomo-patologico della R. Università di Bologna e l'egregio collega dott. Pistocchi ne ha dato il seguente interessantissimo referto:

« Isole di connettivo, ricco di fibre muscolari. si alternano con isole di cartilagini, di tessuto mucoso, di tessuto nervoso, ecc., altresì con cospicua abbondanza di formazioni glandolari talora simili a ghiandole salivari, talora invece più somiglianti a quelle dell'intestino. Le piccole cisti che già si vedevano morfologicamente al taglio, sono appunto dovute al dilatarsi di queste ultime glandole; trattasi dunque di un tumore misto, di un teratoide. È noto che questi tumori assumono talvolta, se pure molto di rado, una evoluzione sarcomatosa. Nel caso in esame il connettivo ha bensì qualche carattere di connettivo giovane, ma non tale da potere affermare che il neoplasma abbia già acquistato sicure note di malignità ».

Il paziente dopo un lungo soggiorno in casa di salute fu dimesso in discrete condizioni e gli fu consigliata una cura ricostituente; ma poco dopo ripresero i fatti di cachessia e debolezza organica e sulla fine di ottobre si ebbe l'esito letale.

Il caso che ho brevemente riassunto è doppiamente interessante sia per la diagnosi anatomopatologica di teratoide, sia per la rarissima localizzazione della quale non sono riuscito a trovare precedenti analoghi.

Il reperto anatomo-patologico fuga ogni dubbio. Noi sappiamo come i teratomi siano tumori complessi, alla cui costituzione prendono parte contemporaneamente elementi derivati dai tre foglietti blastodermici, la cui proliferazione pure avendo carattere neoplastico talvolta anche maligno (il che li distingue dalla semplice mostruosità), ha spiccata tendenza a svolgersi in modo che il prodotto si assomiglia a sistemi, ad apparati organici, a parti più o meno estese dell'or-

ganismo. Queste neoformazioni sono per conseguenza dei tridermoni nel senso di Wilson e siccome per la grande variabilità dei loro componenti ed anche per la ordinazione dei tessuti singoli in formazioni più complesse, che ricordano l'intiera struttura di un organo o sistema, questi tumori da vicino rassomigliano ad un embrione; Wilson li chiama *mostruosità-embrioni*. Secondo Askanazy possono avere origine anche da due soli foglietti blastodermici. A seconda del grado di maturità dei singoli tessuti i teratomi si distinguono in *teratomi semplici* o *parassitici* (Brigt), *adulti* o *coetanei* (Askanazy), *cistici* (Kauffman), costituiti da tessuti che hanno raggiunto presso a poco il grado di maturità di quello dell'ospite e che formano un insieme che ha caratteri simili a quelli descritti dal Wilson nelle sue mostruosità-embrioni dianzi ricordate; ed in *teratoidi* o *teratomi blastomatosi* (Brigt), od *embrionali* (Askanazy), o *solidi* (Kauffman), che risultano invece di tessuti a caratteri embrionali, a sviluppo evidentemente neoplastico spesso anche con andamento maligno (*embrioidi di Wilms*). Nei tumori teratoidi, dice Barbacci, i tessuti proliferanti mantengono tra di loro una più larga autonomia sciogliendosi quasi completamente dall'imperio di quelle leggi che nella compagine normale del corpo regolano i rapporti reciproci tra i vari tessuti, ed in grazia delle quali se ne integrano quelle più complesse formazioni che sono i visceri, gli organi, i complessi sistemi organici, onde è che in queste neoformazioni si mantiene in forma più tipicamente pura il carattere fondamentale neoplastico. Lunghetti giustamente rileva come nello studio delle varie forme dei teratomi si debba tenere presente la eventualità che per le anormali condizioni nelle quali si sono sviluppati i germi dai quali essi derivano, si abbia uno sviluppo unilaterale dei germi stessi, o che delle parti si sviluppino meno di certe altre, o restino meno differenziate, od entrino in proliferazione maligna. Per cui anche da questo, appare bene chiaro quanto possono essere differenti la struttura ed il significato dei diversi teratomi e come essi possono talvolta avere l'aspetto dei tumori semplici. Ad ogni modo, secondo Barbacci, nei teratomi, a differenza dei teratoidi, si estenderebbero ancora in più o meno larga misura l'imperio di quelle leggi di cui si è tenuto discorso, per cui in essi accanto alla molteplicità dei componenti elementari, si avrebbe la presenza di formazioni più o meno accentuate ricordanti da vicino la complessa fisionomia strutturale degli organi, dei visceri, dei sistemi organici, fino anche al punto da ricordare da vicino il substrato complessivo di un embrione o di parte di un embrione. Nella pratica non sempre è possibile una divisione netta tra teratomi e teratoidi e vi sono molteplici forme di passaggio che costituiscono una catena tra i due anelli estremi, che rappresentano tipicamente le due opposte tendenze verso le quali tende volta a volta ad orientarsi la produzione neoplastica.

I teratoidi hanno di solito l'aspetto di produzioni solide o microcistiche a sede molto varia e che spesso compaiono tardivamente e con carattere di malignità. Al microscopio essi mostrano di contenere tessuti derivanti dai tre foglietti germinativi e aventi sempre caratteri tipicamente embrionali sicchè talvolta non è facile identificarli. In qualche caso si nota anche la tendenza a disporsi sistematicamente ma sempre in modo più rudimentale di quello che non avvenga nei teratomi adulti. Qualche volta uno degli elementi componenti il tumore prende il sopravvento sugli altri e forma una neoplasia che può scambiarsi con un tumore semplice.

Marchand-Bonnet hanno enunciato una teoria secondo la quale i teratomi deriverebbero da una sfera di segmentazione (blastoderma) isolatasi, resasi indipendente ed entrata ulteriormente in uno sviluppo autonomo al momento di dare insorgenza al tumore. Giova ricordare come dagli embriologi sia stata riconosciuta nel blastoderma la attitudine in potenza a dare sviluppo ad un embrione completo, il che spiegherebbe come nella intima costituzione di un teratoma si possano trovare tutti o quasi i tessuti organici. Il più di sovente avviene che la proliferazione neoplastica si accentua prevalentemente in un senso od in un altro, onde la prevalenza spiccata ora di un tessuto di origine ectodermica, ora di gruppi mesodermici, ora di tessuti endodermici. E può avvenire anche che la limitazione nel processo proliferativo passa oltre i confini dei tre foglietti blastodermici, ed interessa i derivati di uno stesso e medesimo foglietto, dal che si hanno neoformazioni che a prima vista si prendono per tumori semplici veri e propri.

Altri autori in passato pensavano che i teratomi potessero derivare da ova già differenziate per uno sviluppo patogenetico, da fecondazioni anormali avvenute in un ovo con due nuclei o da parte di uno spermatozoo con due teste. Ahfel e Bartels hanno emessa la ipotesi che a base del processo teratogenico possa stare un vero raddoppiamento del substrato embrionale, cioè che di fronte ai teratomi che derivano da uno stesso germe da cui si è sviluppato il portatore del teratoma ve ne siano altri in ultima analisi corrispondenti a mostruosità doppie, i quali deriverebbero invece da un germe diverso non essendo che embrioni gemelli incompletamente sviluppati ed inclusi come parassiti in uno stesso individuo.

I teratoidi, come i teratomi veri e propri, si mostrano costituiti da parti solide e da parti ci-

stiche: nelle prime si trovano i tessuti più vari, dal connettivo a diverso grado di sviluppo fino al connettivo perfetto, fascicolare, tessuto adiposo, fibre muscolari lisce e striate, isole cartilaginee ed ossee, cumuli di sostanza nervosa centrale allo stadio embrionario. Le cisti sono rivestite ora da un epitelio a ciglia vibratili, ora da un epitelio piatto, ora da un epitelio cubico e cilindrico. Si trovano cisti dove una modalità morfologica epiteliale passa insensibilmente in un'altra; si trovano cisti a carattere dermoide e cisti rivestite da neuroepitelio. Non sempre la parete di queste cisti è formata di semplice connettivo fibroso, spesso nello spessore di questo si trovano isole cartilaginee, fasci di fibrocellule muscolari, a disposizione concentrica, frammenti ossei, masse di cromatiferi, tessuto citogeno, talvolta a disposizione follicolare. Il contenuto varia assai: ora è semplicemente gelatinoso, ora oleoso, ora coi caratteri di una pappa ateromatosa e questo nelle cisti a carattere dermoide, nelle quali è facile constatare anche la formazione di peli e di glandole sebacee e sudoripare. Per ciò che riguarda la presenza di organi rudimentali in questi tumori non è stata constatata che la presenza di convolute di anse intestinali.

Nel caso nostro era difficile in vita fare la diagnosi della natura del tumore che si poteva sospettare nell'emitorace destro, anche per la rarissima localizzazione. Del resto è notorio che quasi sempre è soltanto all'atto operativo che i teratomi si appalesano. Io penso poi che nel caso del giovine F. F. la decorrenza del tumore sia stata lenta talmente da essere per lunghissimo tempo compatibile non solo colla vita ma con un vero e proprio benessere. Ad un dato momento per una causa che ci sfugge deve essersi determinata, sotto la influenza di uno stimolo abnorme, una attiva proliferazione nel tumore embrionale con rapida crescita e con degenerazione, e da allora sono incominciati i disturbi che per un periodo di tempo si sono sommati e confusi con quelli di altre affezioni concomitanti. Nel periodo che intercorse dall'aprile all'agosto abbiamo assistito ad un rapidissimo accrescimento del tumore stesso, talchè dopo l'esito della prima puntura esplorativa tanto io che il prof. Mischi, pure essendo molto perplessi, avevamo affacciata anche la ipotesi di una forma sarcomatosa. L'atto operativo ci diede la sorpresa di un *teratoide* ma l'ulteriore decorso del caso ci doveva dare la triste conferma che purtroppo il carattere della malignità non era aberrante dalla natura del tumore: pagina oscura e pur anco non illuminata dalla luce della scienza. Il problema teratogenetico attende ancora di essere chiarito confondendosi nella zona misteriosa della origine della vita.

Roma, maggio 1926.

STORIA DELLA MEDICINA

Francesco Redi nella biologia del secolo XVII.

MASSIMILIANO CARDINI
libero docente di Storia della medicina
nella R. Università di Roma.

Riflesso radioso della grande luce del pensiero classico antico, di quel pensiero greco-latino che è tutto gloria della stirpe nostra, fu, dopo l'alba del trecento (chè gli inizî del rinascimento paion doversi portare sempre più indietro) e il dolce mattino del quattrocento, il rigoglioso meriggio del cinquecento. Nè con ciò vogliam dire che la vita umanistica o del rinascimento fosse solo vuoto o freddo ripetersi o ricopiarsi di idee e forme antiche.

Eppure le nebbie delle stolte credenze non sono che in piccola parte fugate da quella luce; e nel secolo seguente — il seicento — resiste ancora la scienza officiale (cioè i metodi irragionevoli e il feticismo dell'autorità e la mirabolante credulità) co' suoi passionati e frenetici cultori: quei pazzi retrogradi, che hanno occhi e non voglion vedere; hanno una mente per pensare e ragionare, e non vogliono adoperarla, oppur l'adoprano solamente in quella curiosa maniera, che dette modo ad Alessandro Manzoni di creare una delle più belle figure — quella di Don Ferrante — il quale può dirsi compendiare, in quelle neppur due paginette, vita di vita immortale, la aberrante mentalità dei filosofi del seicento.

Su questi peraltro, come s'era il Galilei sollevato già altissimo — al par dell'aquila, che varca le nubi e si asconde agli sguardi degli uomini — si elevano altri grandi non pochi: come il Viviani e il Borelli e il Torricelli e il Cassini e il Redi e il Magalotti e il Bellini e tanti altri. De' quali alcuni paion peraltro appartenere contemporaneamente a due mondi, quello scomparso e quello nuovo; in quanto, se da un lato sono novatori, dall'altro hanno ancor saldo attaccamento col passato (com'era stato nel secolo innanzi il Cesalpino d'Arezzo); simili a quelle anime del limbo, che sono nel confine tra due mondi ultraterreni. E furono, questi ultimi, non picciola quantità; com'era naturale che fosse in una età di passaggio, quando le salde risoluzioni di renunzia o di mutamento di vita intellettuale o morale sono sempre inferiori ai mezzi temperamenti coscienti o incoscienti, e quando i forti furon sempre meno dei deboli e i liberi degli schiavi e i savi assai meno dei pazzi.

*
* *

Il Redi invece si mantenne mondo da questi difetti e fu, scientificamente, una figura tutta in-

tiera o tutta d'un pezzo, e guardò alla scienza vera e alla natura con una serenità ed una semplicità che par quasi un miracolo in quello strano e complicatissimo secolo.

Di lui abbiam detto in altri scritti non pochi; ed abbiam pur detto altrove della sua opera di biologo, prendendo in considerazione particolarmente il suo scritto sulla generazione degli insetti, e quindi l'opera sua di grande innovatore in questo intricato ed oscuro campo della biologia e della filosofia. E abbiamo anche accennato alle nozioni ch'egli ci offre sulle funzioni del sistema nervoso.

Abbiamo infine detto della copia immensa delle sue osservazioni, le quali non possono, spesso, esser contenute negli angusti limiti de' temi che l'autore si è prefisso di svolgere, e dei titoli assegnati alle principali delle sue opere scientifiche. Di tal che gran parte delle nozioni, da lui liberalissimamente offerteci, appaiono come digressioni: simpatiche o necessarie digressioni date dall'allargarsi della materia tra le mani, o nella mente non ristretta, o nella volontà non mai sazia dell'autore e dello sperimentatore.

Delle quali digressioni, che son poi materia integrante dell'opera sua, vogliam dire qualcosa anche in questo nostro scritto, riserbandoci di parlare altrove del suo metodo di studio e di aggiungere alcunchè d'altro al capitolo, che ci siam prefissi di svolgere non troppo ristrettamente, del Redi biologo.

Vediamo dunque alcuno di questi sperimenti e alcuna di queste nozioni sparse nelle opere sue. E fermiamo prima di tutto l'attenzione sulle prove compiute sui lombrichi, anche perchè esse sono di ordine complesso e toccano pure la medicina o la farmacologia e la terapia, e ci presentan quindi il Nostro sotto la sua vera veste, cioè del naturalista, che non si dimentica mai di esser medico e di dover applicare le sue nozioni all'utile di quell'umanità, cui egli è così portato ad amare dal suo animo buono, e da una professione che insegna o sviluppa le più belle qualità umane; o anche del medico, cui non sfugge mai la connessione della medicina con i varî campi delle scienze, e specialmente colla biologia e colla zoologia. Chè, se per comodo didattico si suddivisero le scienze varie, queste varie scienze non furono e non saranno mai altro che i varî rami di quel grand'albero ch'è la scienza o il sapere umano, o i varî distretti di un'unica regione, uniti insieme a formare una sola ed unita e inscindibile, se pur grandissima, regione.

*
* *

Egli dunque ha iniziato i suoi sperimenti sui lombrichi per provare se essi cadano morti per l'azione di cert'olio, che allora era in grande voga nella cura de' vermi. Ma vedasi con quale cautela egli sperimenta! Ei ripete e gradua gli esperimenti, lasciando cader l'olio a gocce o in più grande quantità di giorno in giorno, così da vigilare o fermare gli effetti del farmaco nel miglior modo possibile: finchè arriva ad infondere i vermi totalmente nell'olio, pur vedendoli vivi ancora dopo ventiquattro ore, ma molto « acquacchiati », e notando che, rimessi nella terra umida, alcuni han forza di campare fino al terzo giorno, altri fino al sesto, e intanto si mantengono sempre in uno stato di grande torpidezza. Donde conclude essere ad essi l'olio dannoso, ma non quel « potentissimo e subitaneo nemico, chè suole veramente essere a molte e molte altre sorte d'insetti, come già avea notato e spiegato il grande Marcello Malpighi nella sua celebre dissertazione dei vermi da seta ».

Non contento di ciò opera sui lombrichi colla triaca, coll'orvietano e col mitridato; e conclude: « Or se questo è vero, com'è verissimo, qual giovamento può portare a' fanciulli il far prender loro, a furia di ceffate e di strapazzi, una piccola porzioncella di olio o di certo veleno o di triaca o di mitridato o di orvietano? Ma se questo non può giovare, tanto meno gioveranno quegli impiastri di triaca che si applicano al cuore ed all'ombelico ». Ma poi — ei nota — « com'è egli possibile far prendere per bocca tanta quantità di triaca che i vermi dello stomaco o degl'intestini vi si possano impantanar dentro?... ».

Ed esperimenta inutile l'azione dell'acqua in cui si annegano i lombrichi; e non dannosa l'azione dell'aloe soccotrino, che dette la morte solo in quarta giornata (e anche qui, nuova applicazione: « a che dunque a impiastrare il bellìco con aloe incorporato con fiele di bue o con aceto? »). Trova invece dannoso l'assenzio, il semesanto, l'agarico, il rabarbaro e la coloquintide e la sena, e micidialissimo il pepe, e innocuo invece l'aglio ed esiziale lo zucchero, concludendo: « Or non sarebbe egli un gentil rimedio (ei batte sempre sui rimedî gentili e soavi non senza ragione) a' poveri fanciulli assetati ed afflitti da' vermi dar da bere di belle giare d'acqua semplicemente raddolcite col zucchero, e di acqua cedrata dolcissima e odorosissima? ». E trova utile anche, contro i vermi, il sal comune, e commendevolissime perciò le cure colle acque del Tettuccio; e approva il mercurio consigliato dagli antichi; e trova letale l'acqua arzente, il succo d'uva, il vino bianco e nero, l'acqua di limone, i fiori – come le rose rosse pestate e l'acqua di fiori di arancio —.

E, arrivato qui, ancora una volta devia, o, meglio, approfondisce o si allarga. L'acqua di fiori d'arancio, ch'egli sperimenta sui lombrichi, gli suscita il desiderio di provarla anche per altri

animali. E quindi lo studio di biologia o di zoologia, in cui l'obietto è l'animale o la vita, diviene uno studio di farmacologia e di chimica, in cui, pure sperimentandosi su animali, l'obietto principale è la sostanza di cui si voglion provare le proprietà tossiche; o anche, se volete, diviene uno studio completo di farmacologia e di biologia, in cui, come dell'animale, interessa conoscer bene le proprietà delle sostanze che si adoperano su di esso.

Così l'acqua odorifera predetta è provata ne suoi effetti sui lumaconi, quindi sulle scolependre marine e su quelle terrestri, avendosi in alcuni animali — i lumaconi e le scolependre marine — la morte, e in altri — le scolependre terrestri — effetti tossici o nervosi, che scompaiono appena gli animali siano rimessi all'asciutto.

Ma vedete com'egli sperimenti completamente, e come, nelle sue mani e, diciam pure, nella sua testa, gli sperimenti si moltiplichino per anelli infiniti, da cui pare siano logicamente e indissolubilmente uniti. Usando dunque l'acqua di fiori d'arancio ei non si contenta di provarne gli effetti a sè o in modo assoluto su que' tali animali e su altri, sibbene esperimenta comparativamente ad altre sostanze o ad altri mezzi liquidi. Così, pei lumaconi, ei ci fa sapere che nell'acqua comune e' si mantengon vivi per qualche ora, mentre essi procurano a tutta lor possa di uscire dal vaso, e nelle acque odorifere sbalordiscono, si contorcono e muoiono in un'ora o due; e, per le scolependre marine, nota la differenza nel modo di comportarsi in rapporto colla robustezza e grossezza di essi animali. E infine, quanto alla morte, non si contenta di constatare quella apparente, ma vuol quella vera; e quindi, quando gli animali non dan più segno di vita, li toglie dal liquido usato per lo sperimento e li rimette nel mezzo loro e li osserva nelle condizioni naturali, notando come talvolta essi tornino « francamente agli usati uffici della vita ».

*
* *

Continuando in questa disamina noteremo offrirci, le sue *Osservazioni intorno agli animali viventi che si trovano negli animali viventi*, la correzione dell'errore, allora comune, dell'ermafroditismo delle lepri. Notevole poi l'anatomia dell'anguilla; della quale studiando la vescica natatoria, egli è mosso a ricercare se tutti i pesci posseggan quest'organo e trova che alcuni — come le lamprede, le triglie, lo squadro ed altri — ne sono mancanti; e, non pago di ciò, studia la struttura di essa vescica e i suoi attacchi e l'ubicazione varia, per la quale essa può talora sfuggire ad una osservazione superficiale.

Volentieri si legge l'anatomia del delfino; del quale egli, oltre al sistema nervoso — di che dicemmo —, studia il canale alimentare — lungo ben quarantatre braccia fiorentine — e il fegato e il sistema nervoso e i reni — divisi in moltissime parti —, in un delfino avendo una volta riscontrato fin trecentosettantuno piccoli reni da una parte e trecentottanta dall'alra; ed esamina il rapporto dei reni stessi colla vescica, e le vescichette verminose, che nel delfino si trovano ne' reni succenturiati. Perchè il libro verte principalmente — come porta il titolo — sugli animali che si trovano in altri animali, e particolarmente sui vermi, di che sono più o meno infestate tutte le specie terrestri ed i rettili.

Egli studia quindi i vermi in varî animali; e nella martora li trova non solo sotto la pelle, ma anche nelle carni, estesamente tempestate, sotto cute, di bitorzoli e glandule color bianchiccio. Degno di menzione il rilievo di un ammasso verminoso intorno al rene di un caprio; ammasso che racchiudeva tutto il rene ed i più grossi canali sanguigni del ventre inferiore (l'ammasso pesava cinque libbre). Eppure il caprio era « bello e grosso, con tutte l'altre viscere nel loro stato naturale ». Vermi trovò in più di cento tartarughe e negli sparvieri, nelle pernici, ne' pipistrelli, nelle cicogne; e in un'aquila reale — tra il peritoneo ed i muscoli dell'addome — e in un'altra aquila decrepita, in enormi bitorzoli, ch'essa avea ne' piedi; ne' quali bitorzoli erano minutissimi vermiciattoli gialli, che si erano aperta la via verso le ossa, « a tal segno, che l'osso scorgeasi tutto quanto, per così dire tarmato e traforato ».

Ed ei non ci dice solo la presenza di cotali animali, ma ce li presenta talora in modo quasi palpabile; come quando descrive quei del mona chetto, comodamente allogati in certi loro pacchettini, che da lui *gentilmente* separati (com'è sempre buono e grazioso e gentile!) e tratti fuori, si dimostrano aver la figura degli otricoli, in cui sono allogati e da cui escono, per due orifizi opposti, colle teste sottilissime e colla coda « per isgravarsi degli elementi » (non vedete quasi umanizzate queste bestiuole — come nel Fabre — in certi apprezzamenti, come questo, del piacere che può dar loro il liberarsi comodamente dei cibi indigesti?).

Ma ecco altri vermicciuoli « bianchi lattati » e così bizzarri, che di quando in quando a lor piacimento mutano la loro figura. Eccone altri, che abitano nel pesce argentino e che han la proprietà di farsi lunghi e accorciarsi da quattro

dita trasverse alle dimensioni di « un pinocchio mondato »; e altri, trovati in un nasello, da « circolari in foggia di un giulio talvolta rappresentano la figura di un pesce sogliola, talvolta quella di un fiaschetto col collo bene spianato »; e taluni aveano così tenacemente azzannate le carni dell'ospite, da lasciarsi piuttosto strappare o tagliare in minutissimi pezzi che volere staccarsi dal morso. Di un altro infine, vivente in un pesce tamburo, ei nota la particolarità di un doppio pene: duplicità in vero non unica nella lunga serie della scala animale.

Ma più notevole la presenza di vermi nella testa di certi animali, pur sani e normalmente svolgenti la loro vita di relazione coll'esterno. Avea già per vero osservato la cosa Aristotele; e il Redi conferma, avendo trovato vermi quasi in tutti; ma non in tutti assolutamente, come scrive lo Stagirita. Il che per vero potrebbe significare che il grande filosofo greco non sempre vide, ma riferì osservazioni di altri, mentre, d'altronde, egli è esatto quando assegna venti vermi a ciascun cervo; chè di meno non ne vide mai il Redi, trovandone talora anche di più. E per vero vermi somigliantissimi si trovano anche nella testa dei castroni in alcune cavità delle ossa frontali, e ne' canali del naso, e nella cavità delle radici delle corna: nel qual caso i castroni — al dir dei pastori — danno in ismanie e par che abbian l'assillo.

*
* *

Con ciò l'opera sua appare opera di fisiologia e di anatomia: anatomia minuta — se non propriamente microscopica —, in quanto egli esamina animali spesso piccolissimi e nei loro organi interni più che piccoli, e coll'aiuto di ingrandimenti, che non darebbero il diritto di chiamare microscopica l'anatomia da lui compiuta.

Ed è anche, quest'anatomia, sopra tutto splancnologica, in quanto quella sopra tutto permettevano gli scarsi mezzi di studio, e, di più, essa era e doveva essere la parte più interessante; dappoichè negli organi varî e nel loro funzionamento, è la ragion della vita, ossia di quel mistero che interessò l'uomo di tutti i tempi: non dei tempi moderni, in cui certa parte della scienza, specialmente in America, crede di possedere il segreto della vita e di potere riprodurre artificialmente i primi elementi degli organismi. Chè non parliamo del minor numero di scienziati non condividenti certo semplicistico modo di intendere, e che paion fiancheggiare la schiera di quegli spiritualisti, che portano un nuovo soffio di vita e di poesia alla vita, già intesa nel senso più materialistico e quindi edonistico.

L'apparato digerente è, così, oggetto delle sue attenzioni particolari in tutti gli animali, grossi e piccoli; e di esso ci dà precise figure.

E il cuore e l'apparato circolatorio ei studia con peculiare diligenza, dicendoci tra altro dei cuori molteplici della scolependra, in cui ne conta fino a venti, come molteplice ei trovò il cuore dell'istrice marino — fatto come una fila di perle —. E par tutto contento di correggere l'errore di Samuele Bocciardo, che, come il Bonanni, dicendo degli animali della Sacra Scrittura, scrive riguardo agli insetti: « De caetero haec animalia maxime sunt imperfecta, quae nec venas habent, neque sanguinem, neque cor, neque iecur, neque pulmonem, neque vesicam, neque ossa, neque spinam, neque adipem ».

La generazione anche è da lui con somma diligenza studiata e grande acume interpretata: e piena d'interesse è la minuta e viva descrizione della copula ne' lumaconi ignudi, errando peraltro egli nell'« affermare non esser differenze sessuali tra gli animali di quella specie, quantunque egli scriva — a esser più precisi — *di non aver potuto completar* differenze: il che non esclude la possibilità di un errore.

*
* *

Ma pur la teratologia trova nel Nostro qualche annotazione degna di essere ricordata; come quella del serpentello a due teste. La mitologia avea parlato dell'Idra di Lerna dalle sette teste, come avea dato cento mani e cento piedi a Briareo, e cento occhi ad Argo, e mistione di membra animali ed umane ai centauri ed ai satiri. Aristotele — nel quarto libro della *Generazione degli animali* — ricorda essersi veduto un serpente a due teste. Uno se ne conservava allora nel Museo bolognese intitolato ad Ulisse Aldrovandi, e un altro scrive il Liceto essersene veduto nei Pirenei; e G. Batista della Porta parla di una vipera a due teste; e ciò attestano altri, come Martino Foghelio.

Vide dunque il Nostro una piccola serpe, la quale stava a riscaldarsi al sole, in gennaio, lungo l'Arno; ed ei volle anatomizzarla, perchè prima di lui non si avea, in proposito, alcun dato anatomico. Uguali eran le teste, due le trachee e due i polmoni (maggiore peraltro il destro); due pure i cuori (più grande quello di destra); due gli esofaghi e gli stomachi, sboccanti in un unico intestino. I fegati erano due con due cistifellee, delle quali pure più grande la destra. Gli organi della generazione erano come nei serpentelli normali (due peni e due testicoli); eguali i cervelli e le midolle, riunentisi poi in un cordone solo.

E' da lui pur descritta una lucertola a tre code. Del resto la teratologia non eran ancor sorta come scienza, se pure già nel 1616, ossia da mezzo secolo il Liceto avea pubblicato in Padova il suo *De monstrorum caussis natura et differentiis libri II.*

*
* *

Grandiosa dunque l'opera del Redi nel campo della biologia, in cui tante verità ei scoperse e tanti errori corresse; se pure ei cadde anch'egli in qualche errore, come vedremo altra volta dicendo dell'opera sua in genere e del suo metodo di studio. Chè già troppo oltre conducemmo questo nostro scritto.

Firenze, novembre 1926.

COMMENTI.

Operazione di Paternoster o di Leotta?

Prof. S. SOLIERI.

Mi induce a scrivere questa nota il commento pubblicato a firma E. M. a pag. 1787 della Sezione pratica del *Policlinico* n. 51 dal titolo: *Il trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare secondo il metodo di Leotta.*

Nel maggio decorso il prof. Sclavo, l'insigne igienista di Siena, inviava a me il dott. Paternoster di Buenos Ayres perchè io volessi coadiuvarlo ad eseguire e sistematizzare una operazione chirurgica dal *Paternoster stesso ideata ed eseguita in un caso con esito favorevole nel* 1912. *Tale caso il Paternoster aveva già descritto nella « Semaña Medica » di Buenos Ayres* (1915, 25 novembre, pag. 648).

Il Paternoster mi espose il suo concetto di ricorrere, cioè, alla pleuro-pneumolisi a cielo aperto, previa toracotomia, in quei casi di tubercolosi polmonare in cui, pur essendo indicato il pneumotorace terapeutico, questo era ostacolato dalle aderenze pleuriche.

Sembratami la cosa degna della massima considerazione, discussi l'argomento ampiamente col dott. Paternoster e col dott. Pantaleoni di Forlì, che più che altro si occupa di tisiologia.

Il 12 giugno l'operazione fu eseguita per la prima volta nella mia sala chirurgica dell'Ospedale Morgagni sopra un malato cliente del dottor Pantaleoni.

Trattavasi di un giovane di 18 anni, malato di tubercolosi del polmone destro; il polmone sinistro era in buone condizioni. Il pneumotorace tentato ripetutamente non era riuscito per le estese aderenze pleuro-polmonari.

L'operazione fu condotta così:

1) toracotomia con ampia resezione costale sulla 9ª fra la scapolare e l'ascellare media;

2) apertura della pleura parietale e scollamento graduale col palmo della mano delle aderenze che occupavano tutta la superficie del polmone. Lo scollamento riuscì completo dalla base sino alla cupola pleurica ed il polmone collabì *in toto;*

3) zaffamento metodico con una benda di garza sterile di tutta la cavità pleurica per assorbire il gemizio di sangue;

4) dopo 24 ore rimozione della fascia e sutura completa della parete toracica senza drenaggio.

Il decorso fu questo: il primo giorno il paziente stette bene e mostrò di avere tollerato l'operazione. Dopo la chiusura del torace il cuore andò man mano perdendo terreno ed il paziente morì al terzo giorno.

Ritengo che la morte sia stata causata dallo spostamento e dal *flottement* del mediastino.

L'intervento tuttavia dimostrò che, anche nelle condizioni più difficili, cioè di aderenze complete, come ci si era trovati in questo primo tentativo, la pleuro-pneumolisi era possibile. Più facile nel vivente di quello che potesse pensarsi, conoscendo la difficoltà di scollare certe aderenze pleuriche sul cadavere.

Ad ogni modo convenimmo col dott. Paternoster, in base agli ammaestramenti desunti dal primo caso, che l'operazione si dovesse sistematizzare così:

1) toracotomia con resezione estesa di una costa;

2) dissociazione delle aderenze colla mano sin dove possibile ed, in caso di necessità verso l'alto, recisione con forbici lunghe;

3) sutura immediata completa della parete toracica, se non vi sia troppo gemizio di sangue;

4) svuotamento, in caso di collezione nella pleura di liquido siero-ematico, coll'aspiratore ed immissione immediata di azoto;

5) rifornimento successivo metodico di azoto nel cavo pleurico per mantenere il collasso del polmone.

Per accordi presi col prof. Stefanelli, direttore della Sezione medica, e col dott. Paternoster ci ripromettemmo di ripetere l'operazione con questo piano non appena si presentasse il caso opportuno.

Non riuscì poi facile trovarlo anche per l'impressione poco favorevole fatta nell'ambiente dal primo insuccesso.

Il dott. Paternoster ha pubblicato per esteso il suo metodo sulla *Riforma Medica* (n. 39, settembre 1926).

Ciò premesso, credo sia difficile al prof. Leotta sostenere la priorità del metodo in confronto col dott. Paternoster, molto più che Egli stesso nella sua relazione al Congresso cita a pag. 51 l'operazione del Paternoster, senza darle ulteriormente il rilievo che meritava.

In quanto alla tecnica del Leotta mi permetto di osservare che, attraverso la breccia pleurotomica, per quanto ampia, non può a meno di riuscire difficile, se non impossibile, applicare, in ispecie verso l'apice polmonare, doppie allacciature fra cui recidere le aderenze col termocauterio.

La pleuro-pneumolisi a cielo aperto è destinata, io credo, a sicuro avvenire; però l'attuazione pratica va ancora studiata per le modalità della tecnica e va discussa la materia che si riferisce alle indicazioni e controindicazioni. Poi che l'intervento non è tanto semplice, nè scevro di pericoli, come il Leotta vorrebbe far apparire.

Queste cose avrei detto al Congresso di Padova in tema di discussione sulla relazione Leotta, se motivi di salute non mi avessero impedito di prendervi parte.

Ne parlò tuttavia il dott. Pantaleoni, che si trovò presente, ma il relatore, al termine della discussione, non credette opportuno rispondergli.

Ho ritenuto mio dovere scrivere quanto sopra per amore di giustizia e di verità, molto più che il dott. Paternoster è italiano di America, legato da grande affetto alla nostra Patria, in cui è nato, ed entusiasta delle sue nuove fortune.

Forlì, dicembre 1926.

☛ *Importante pubblicazione:*

Dott. FURIO TRAVAGLI
già a. v. del reparto Dermosifilopatico
degli Ospedali Civili di Genova

La bismutoterapia della sifilide

Un volume in-8°, di pagg. IV-72 (N. 11 delle Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del « Policlinico »), nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **12.** Per i nostri abbonati sole L. **10,75.**

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Contributo alla sintomatologia dei tumori ipofisari.

(OTTIRSCH. *La Presse médicale*, n. 37, p. 578, 1926).

L'acromegalia e l'adiposità venivano considerate come i sintomi caratteristici dei tumori ipofisarii.

La *sindrome oculare* fu già dall'A. illustrata fin dal 1911. Essa è caratterizzata da disturbi della visione senza alterazioni ledenti lo stato generale. Coesistono quasi sempre disturbi della funzione genitale (impotenza, menopausa) ed osservando bene l'ammalato si riscontrano perdita dei peli, sudorazione, sonnolenza, presso le donne secrezione mammaria ottenuta con la spremitura del seno. Tra i disturbi oculari diminuzione dell'acutezza visiva e restringimento del campo: l'emianopsia bitemporale è da considerarsi patognomonica dei tumori ipofisarii, ed è dovuta a compressione del chiasma. Secondo la statistica dell'A. l'emianopsia temporale unilaterale o bilaterale si ha nell'84 % dei casi. Altrettanto caratteristica e frequente nei tumori ipofisarii è l'atrofia primitiva del nervo ottico, rinvenuta dall'A. nell'89 % dei casi, mentre Uhtoff l'ha riscontrata solo nel 22 % dei casi (forse perchè questi si riferiscono ad osservazioni precedenti all'uso dell'oftalmoscopio). Solo nell'11 % dei casi l'A. rinvenne la stasi papillare e la nevrite ottica; anzi quest'ultima quando non coesista al reperto radiografico positivo, ai disturbi genitali, trofici, all'aspetto del malato, sta contro la diagnosi di tumore ipofisario. L'atrofia è data dalla compressione sul nervo ottico da parte del circolo arterioso di Willis.

L'A. non crede che l'*acromegalia* sia uniforme In base a 30 osservazioni l'A. distingue la forma benigna o classica e la forma maligna. La prima non è mai accompagnata da disturbi della vista, i quali però non caratterizzano da soli la benignità o malignità. Questi ultimi sono dati da un tumore che sorpassi nel suo accrescimento la fossa pituitaria o di là del livello della base cranica.

L'*acromegalia benigna* è data da un tumore a sede nella fossa pituitaria che si sviluppa verso il seno sfenoidale, è associata a ipertricosi pronunciatissima; i disturbi genitali non si trovano così regolarmente, come nella forma maligna. Le alterazioni nella forma benigna si verificano specie a carico delle parti del corpo di derivazione ectodermica. A volte violenti cefalee dovute a fenomeno endocrino. È causata da un adenoma benigno del lobo anteriore dell'ipofisi, composto di

cellule eosinofile, che dà un'ipersecrezione; il suo stato stazionario è provato dall'assenza dei disturbi oculari, e l'attività del tumore dalla progressione di qualche sintoma acromegalico. Tre di questi ammalati operati hanno dimostrato la costituzione del tumore di eosinofili.

L'*acromegalia maligna* è così nominata dall'A. perchè dovuta ad un tumore ad accrescimento progressivo; ma non si tratta di tumore maligno nello stretto senso della parola; non si ebbero mai metastasi, meno che nei 2 casi di Budde. La forma clinica è caratterizzata dai disturbi oculari, e contemporaneamente si osservano tutti gli altri segni caratteristici che si hanno nella forma benigna: sfigurazione del viso, naso grosso, saliente, palpebre spesse, mascellari inferiori larghi, labbra inferiori ispessite, ecc. Manca l'ipertricosi. Esistono i disturbi genitali; distrofia adiposo-genitale marcata.

L'acromegalia maligna si può spiegare secondo l'A. pensando che l'adenoma dapprima secernente, accrescendosi subisce una degenerazione maligna, perdendo le sue qualità secretorie; in quest'ultima fase si ha il quadro della distrofia adiposo-genitale ed oculare; all'esame istologico non presenta cellule eosinofile. JURA.

Sui sintomi oculari dell'isterismo.

(V. SABA. *Annali di oftalmologia;* 1926, fasc. 9).

Possono essere di due ordini: a carico della funzione visiva propriamente detta, ed a carico dell'apparato muscolare. Tra i primi è a notare l'ambliopia isterica, descritta nel 1865 da Gräfe col nome di anestesia vera della retina e dallo Schweigger nel 71 col nome di ambliopia del campo visivo. Pel Gräfe sarebbe un disturbo a sede periferica dovuto ad interruzione della conducibilità fra lo strato dei bastoncelli e dei coni e le fibre nervose; per il Parinaud si tratterebbe di disturbo a sede centrale. Un restringimento del campo visivo e talora una speciale discromatopsia la caratterizzerebbero: tipico sintoma concomitante è la contrattura dell'accomodazione.

Il restringimento del campo visivo isterico è periferico, cioè per il bianco, e si suole accompagnare con un eguale restringimento degli altri colori: caratteristico è il capriccioso mutarsi dei limiti periferici del campo ad ogni nuova misurazione. Può essere uni- o bilaterale: in genere quando esistono lesioni sensitive-sensoriali a tipo emi-, il campo visivo è più ristretto dal lato omonimo. Aumenta il disturbo in genere, dopo gli accessi. È notevole il fatto che, malgrado esista una riduzione della sensibilità luminosa, si ha quasi sempre fotofobia, tal quale come nella sensibilità cutanea si ha l'anestesia dolorosa. Le eccitazioni cutanee possono modificare la estensione del campo visivo a patto che non sia insensibile la pelle.

Quasi sempre insieme al restringimento del c. v. per il bianco si ha restringimento per il colore: per il Parinaud ha importanza la inversione dell'estensione del c. v. dei singoli colori. L'acutezza visiva nell'ambliopia può essere variamente interessata: in genere essa è di poco ridotta, essa può variare anche nello stesso individuo.

Molte volte l'ambliopia isterica può essere complicata da una diplopia monoculare, sintoma questo che occorre ricercare non essendo spontaneamente accusato dal malato: è caratteristico di questa la scomparsa con un vetro concavo allorchè la falsa immagine è fra il punto della visione distinta e l'occhio: essa è dovuta a disturbi di rifrazione per spasmo dell'accomodazione. Interessanti sono i dati che nella diagnosi di ambliopia isterica ci forniscono le pupille: è regola generale la reazione perfetta delle pupille allo stimolo, nelia amaurosi isterica, al contrario alle altre cecità. Un fenomeno strano, segnalato dal Parinaud, è la scomparsa della amaurosi monoculare, nel momento della visione binoculare, fatto già segnalato da Schweigger, Pitrés, ed altri.

Nei casi tipici si trovano nello stesso tempo dell'ambliopia isterica anche emianestesie più o meno complete delle palpebre, della pelle delle mucose, e degli organi dei sensi: l'anestesia si estende anche alla congiuntiva ed alla cornea: secondo Briquet, l'anestesia della congiuntiva e di quella dell'occhio sinistro in particolare, è talmente frequente da poter essere considerata come caratteristica dell'isteria. È abolito il riflesso oculo palpebrale, ma conservati i movimenti delle palpebre ed il riflesso lagrimale.

Può esistere l'emiopia transitoria o fissa, isterica: può esistere sola o sotto forma di aura.

I disturbi motori, oculari, isterici, possono interessare l'accomodazione, la convergenza, i movimenti di direzione del globo, quelli delle palpebre. Sono a notare le contratture o le paralisi dell'accomodazione oscillanti da un giorno all'altro. Altro disturbo è l'insufficienza dell'accomodazione.

I disturbi dell'accomodazione sono quasi sempre binoculari, ma non sempre di ugual grado nei due occhi: essi portano a midriasi o miosi.

Meno frequenti sono i disturbi della convergenza, la quale può essere differentemente interessata: nell'isteria è caratteristico il fatto che vi può essere la dissociazione dei due fattori che la determinano, cioè dell'accomodazione e del riflesso alla convergenza. Spesso l'insufficienza domina il quadro, ed i sintomi sono quelli di

una paralisi più o meno completa della convergenza.

Isolatamente od accompagnato da altri fenomeni della nevrosi, si può presentare lo strabismo isterico sulla cui natura gli AA. sono discordi: lo strabismo convergente isterico per contrattura sembra essere sempre transitorio o ripetentesi a crisi: bisogna sospettare un'altra origine se lo strabismo è permanente con i caratteri di uno strabismo concomitante. Più difficile a verificarsi spontaneamente ed a riprodursi è lo strabismo divergente.

Quasi sempre legata ai disturbi dell'accomodazione e della convergenza è l'astenopia isteri··· vi concorre anche la fotofobia. I sintomi variano a seconda che nel quadro morboso prevalgono i disturbi dell'accomodazione o della convergenza, e a seconda che prendono il sopravvento i dolori o la fotofobia. Una particolare forma di oftalmoplegia isterica fu osservata dal Parinaud: impossibilità di eseguire i movimenti volontari mentre persistono i movimenti riflessi od incoscienti; questa forma di oftalmoplegia disturba poco gli ammalati e non è accompagnata da diplopia.

Durante le crisi isteriche si possono avere contratture muscolari oculari: così abbiamo deviazioni coniugate spasmodiche, che può interessare tutte le direzioni, in genere però le inferiori e le oblique: possono associarsi con il blefarospasmo, essere periodiche, od in una crisi o fra una crisi e l'altra. Altre volte gli occhi hanno movimenti incessanti senza riuscire a fissare un oggetto, o contratture cloniche toniche, con diplopie di breve durata.

Dubitare della natura isterica di talune paralisi del terzo e del sesto paio: più frequente, più conosciuto, è il blefarospasmo isterico che può essere tonico e clonico: nel primo si ha chiusura ermetica della rima palpebrale e contemporaneamente si ha fotofobia e deviazione in diverse direzioni dell'occhio globo, allorchè si divaricano le palpebre. La durata è di ore a mesi. La forma clonica interessa generalmente i due occhi: l'ammiccamento può osservarsi durante l'attacco isterico ma anche al di fuori di esso. Il blefarospasmo può verificarsi per emozioni, per eccitazioni dell'occhio e dei suoi tegumenti ecc.: può coincider con midriasi o con miosi, con anestesia della pelle delle palpebre, lagrimazione, dolori perioculari.

Se questi sono i più importanti sintomi oculari dell'isteria, dobbiamo ricordarne altri minori: così Robin descrive un particolare sguardo, brillante, mobile, esistente anche al di fuori dell'attacco; un ammiccamento facile, l'epifora o la secchezza della congiuntiva, in genere monoculare, di lunga durata, localizzate dal lato ove l'anestesia è più marcata. Più volte descritta è la lacrimazione sanguigna degli isterici: si può accompagnare con emorragie nei diversi organi, con ecchimosi sottocongiuntivali, con edemi delle palpebre, con turbe trofiche della cornea, con versamenti ematici nella camera anteriore dell'occhio; il sangue può filtrare oltre che dalle ghiandole lagrimali anche dalla congiuntiva, dalle radici delle ciglia, delle sopracciglia ecc. Queste emorragie si sono potute riprodurre con il sonno ipnotico. Descritte furono la caduta e la decolorazione delle anomalie di sviluppo e di forma delle ciglia e delle sopracciglia.

Come cause infine delle sopra riferite manifestazioni oculari dell'isteria i vari AA. hanno ritenuto i traumatismi sia portati sull'occhio che su altre parti dell'organismo, i corpi estranei che per qualche tempo abbiano dimorato nell'occhio, le anemie, la costipazione, le carie dentali, i parassiti intestinali, gli stimoli sessuali et similia.

MONTELEONE.

PATOLOGIA.

Contributo allo studio delle cisti ematiche del fegato.

(P. JAUREGUI, P. ETCHEGORRY. *Rev. de Cirugia*, 1926).

Gli AA. designano col nome di cisti ematiche gli ematomi sottocapsulari del fegato in seguito a traumatismo, per l'aspetto clinico e radioscopico che hanno con le cisti idatidee.

Accennando alle lesioni causate dalle ferite, si soffermano precipuamente sull'azione traumatica provocata dalle contusioni che si esplicano sia per cause dirette che per cause indirette.

Esistono una quantità di cause predisponenti che agiscono modificando il peso, la densità e la vascolarizzazione del fegato. Le une sono di ordine patologico ed in particolare: la tubercolosi, l'alcoolismo, il fegato grassoso e sopratutto il paludismo; le altre di ordine fisiologico che riguardano le particolarità anatomiche e la situazione topografica.

Le lesioni determinate dalla contusione variano a seconda che la capsula del Glisson sia intatta, ciò ch'è molto raro, o lesa. Può così avverarsi una ecchimosi, facilmente riassorbibile, o la formazione di un vasto tumore che corrisponde alla lacerazione del fegato più o meno profonda, ripieno di sangue più o meno liquido.

Interessanti sono i casi clinici, in cui la diagnosi differenziale con le cisti idatidee riesce molto difficile come è occorso nei due casi, che gli AA. riportano, in uno dei quali la intradermo-

reazione fu positiva e la formola leucocitaria in entrambi diede una moderata eosinofilia.

La sintomatologia si caratterizza:

Dolore sordo, profondo, continuo nella regione dell'ipocondrio destro con irradiazioni all'ombelico, all'appendice xifoide e alla spalla destra, dolore che si accentua con la respirazione e con lo sforzo.

Rara l'itterizia. Respirazione corta, penosa, accelerata, giacchè gl'infermi mettono in giuoco i muscoli respiratori accessori e cercano di immobilizzare il diaframma per cui le contrazioni riescono dolorose. Pallore, ipotermia, polso accelerato e ipoteso, vomito, nausea, a cui può aggiungersi agitazione, insonnia, delirio.

Rispetto ai segni fisici si constata aumento di volume del fegato con i caratteri di una cisti idatidea.

L'esame delle urine suole fare presente piccole quantità di pigmenti biliari e qualche volta glicosuria passeggera.

Secondo l'opinione degli AA. il trattamento di elezione è il chirurgico, in ispecie quando la cisti ematica ha assunto un grande volume, potendo facilmente, un ritardo nell'intervento, provocarne la rottura come si è constatato in vari casi.

La via da seguire è quella indicata dall'esplicazione della tumefazione. Nei due casi occorsi agli AA. essi seguirono la via transpleuro-diaframmatica. In uno la breccia fu chiusa senza drenaggio dopo l'evacuazione; nell'altro applicarono un piccolo tubo di drenaggio che fu tolto dopo quarantotto ore senza apportare alcun ritardo nella guarigione. Tale precauzione venne usata a causa della grandezza della cisti ematica.

L'anestesia locale è sufficiente.

Gli AA. riportano due casi personali e, a titolo illustrativo, altri nove tratti dalla letteratura straniera.

F. CASSITTO.

Dermoidi dell'ovaio.

(J. D. KOUCKY. *Ann. of Chir.*, aprile 1925).

Questo lavoro viene dalla clinica Mayo, e comprende lo studio di 100 casi di dermoidi dell'ovaio, operati dal 1919 al 1923.

Un lavoro su vasta scala di fatti, se non di parole, come la maggior parte delle memorie, provenienti da Rochester, Minn.

Le cisti dermoidi occorsero con maggiore frequenza in donne da 30 a 40 anni; la paziente più giovane aveva 18 anni, la più vecchia 71.

Non pare che la presenza di queste tumefazioni ostacoli la concezione, la gravidanza e il parto eutocico. Ciò almeno nella maggioranza dei casi.

In 42 pazienti non si erano avuti sintomi riferibili alla presenza delle cisti dermoidi dell'ovaia; in 58, in cui il tumore era abbastanza voluminoso, sintomi di localizzazione erano invece occorsi.

Questi consistevano o in metrorragie o in fatti di dismenorrea; in dolori nelle fosse iliache; talora in disuria e dolori verso il sacro. In 17 casi le pazienti si erano accorte della presenza di un tumore nella parte bassa dell'addome.

In 5 casi si ebbero crisi di dolore pelvico, vomito, difesa: in tutti questi casi fu osservata la torsione del peduncolo della cisti.

In due casi esisteva una fistola, che dalla vagina conduceva alla dermoide. In 10 casi fu eseguito l'esame radiografico, e in 5 furono dimostrate ombre nella pelvi; in 2 casi fu necessario anche un esame cistoscopico, per escludere la localizzazione ureterale di tali ombre.

Sui 100 casi, in 13 la cisti era bilaterale; una percentuale assai maggiore di quella riferita da altri AA. Su 10 donne maritate, aventi dermoidi ovariche bilaterali, 7 avevano avuto figli.

In 3 casi si ebbe infezione della cisti.

In 7 casi l'ovaio era sede di dermoidi multiple, e su 17 erano associate cisti di altra natura.

In un caso il contenuto della cisti era formato da centinaia di sferule biancastre, di aspetto sebaceo.

La parte essenziale di una cisti dermoide è una sporgenza della parete verso il cavo, detta pseudo-mamma o focus. Da essa dipende l'accrescimento e l'attività secretoria della ciste. La sua struttura può essere così complessa da somigliare ad un feto acardiaco, o semplificarsi fino alla struttura di un semplice epitelio squamoso stratificato.

In alcuni casi di questa serie esso era rappresentato da un'espansione digitiforme, o da una struttura a ponte.

Tessuti derivati dall'ectoderma furono trovati in tutti i casi; dal mesoderma nel 94 % dei casi; dall'entoderma nel 57 %. Tessuto tiroideo, macroscopicamente riconoscibile, fu trovato nel 14 % dei casi.

A. CHIASSERINI.

Appendicite acuta, subacuta e cronica.

(F. J. HATHOWAY. *Practitioner*, ottobre 1926).

L'A. sostiene che l'appendicite cronica non sia un'entità morbosa realmente esistente, e che molte delle condizioni che vengono indicate con tal nome sono effettivamente provocate da ectasia e mobilità del cieco. Vi sono affezioni appendicolari, come quelle dovute a tubercolosi o ad actinomicosi, che possono assumere un decorso cronico, ma esse non hanno nulla a che fare con la vera appendicite. Questa può essere acuta o subacuta.

L'appendicite acuta o subacuta può essere provocata da cause poste all'esterno dell'appendice

(briglie cicatriziali e aderenze che impediscono la circolazione sanguigna e provocano gangrena), da cause poste nell'interno dell'appendice (concrezioni, corpi estranei, oxiuri, ecc., che provocano ulcerazioni e perforazioni), da avvelenamento intestinale generale (avvelenamenti da ptomaine o gastroenteriti che provocano gangrena), da occlusione del lume appendicolare che converte l'appendice in una cavità ascessuale.

Delle quattro cause su accennate nessuna, secondo l'A., è capace di determinare un processo cronico, esse agiscono rapidamente determinando alterazioni più o meno improvvise e rapidamente progressive dell'appendice con la conseguente sintomatologia acuta o subacuta.

Che le alterazioni appendicolari assumano un decorso cronico appare poco verisimile, a parte beninteso le forme tubercolari o actinomicotiche. La sindrome che generalmente viene designata come appendicite cronica è in effetti legata a dilatazione e mobilità del cieco.

Del resto anche sintomatologicamente l'appendicite acuta si differenzia dalla sindrome da ectasia e mobilità cecale. Queste differenze possono essere così raggruppate:

APPENDICITE ACUTA O SUBACUTA	CIECO MOBILE E DILATATO
1) *Anamnesi*: precedenti attacchi acuti o subacuti.	Dolore continuo alla fossa iliaca destra.
2) *Dolore alla fossa iliaca destra*: più o meno acuto.	Meno acuto e in rapporto per lo più alla ipersensibilità del paziente.
3) *Sensibilità locale*: sempre presente.	Sempre presente ed abbastanza caratteristica, spesso più marcata che nell'appendicite acuta.
4) *Febbre*: sempre presente.	Frequentemente presente.
5) *Frequenza del polso*: molto accentuata.	Accentuata ma solo quando c'è ipertermia.
6) *Lingua*: secca.	Molto patinosa.
7) *Gorgoglio*: assente.	Presente.
8) *Precedenti di disturbi circolatori, indigestioni, stipsi*: non comuni.	Molto comuni.
9) *Vomito*: presente al principio dell'attacco.	Non comune.
10) *Rigidità locale*: presente.	Assente.
11) *Iperestesia cutanea*: presente.	Di solito assente.
12) *Esame rettale*: talvolta si riesce a raggiungere col dito l'appendice sensibilissima o l'ascesso appendicolare.	Negativo sempre.

Per la diagnosi di appendicite il segno più importante è la rigidità locale in corrispondenza del punto di Mac Burney. La rigidità è soltanto il segno d'infiammazione peritoneale; i muscoli si mettono in guardia solo quando il peritoneo è definitivamente infiammato. Così nella perforazione dell'ulcera gastrica si ha rigidità quasi lignea dell'addome, che cede poco dopo l'accidente per poi ricomparire ancora più intensa quando si determina la peritonite generale. Ma nell'appendicite acuta e subacuta il processo peritoneale è sempre in atto e quindi i muscoli sono sempre in guardia donde la rigidità persistente.

Il quadro clinico dell'appendicite acuta o subacuta è ben distinto da quello dell'ectasia e mobilità del cieco, ossia da quella condizione che comunemente si suole chiamare appendicite cronica, ma vi sono altre affezioni per le quali è bene stabilire la diagnosi differenziale. Così la pulmonite, le affezioni urinarie, le adenopatie, di solito tubercolari, mesocecali ed appendicolari de' bambini, le affezioni genitali delle donne, le orchiti, le ernie strozzate, le colecistiti, le nevralgie da affezioni vertebrali, possono dare un quadro sintomatico che arieggia a quello dell'appendicite. Da ciò la necessità di un esame generale dell'ammalato; non basta un dolore nella fossa ileo-cecale, anche se accompagnato dagli altri disturbi che solo accompagnassero il processo appendicolare, per autorizzare a fare senz'altro la diagnosi di appendicite.

Nel praticare l'esame per una supposta appendicite bisogna tener presente delle anomale posizioni dell'appendice, quella retrocecale e quella pelvica. Anche in questi casi sufficienti elementi diagnostici sono dati dall'anamnesi e dalla rigidità locale ai lombi o al basso addome ed eventualmente dall'esame rettale.

Il trattamento dell'appendicite acuta e subacuta è ben noto: in ogni caso bisogna ricorrere al l'intervento operatorio.

Invece il trattamento del cieco dilatato e mobile è puramente medico: lassativi, massaggio addominale, disinfettanti intestinali.

Ma il più delle volte questi malati assillati dai loro disturbi e dall'idea di essere affetti da appendicite insistono per essere sottoposti alla operazione, che essi ritengono l'unico mezzo per liberarsi dal male.

Qualora si fosse costretti all'intervento, si praticherà l'incisione paramediale, e si eseguirà l'operazione completa di appendicectomia e di ceco-colo-plicopessia. In effetti i pazienti dopo l'intervento migliorano: il dolore e la stipsi scompaiono e con essi i fenomeni tossiemici.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ROMANELLI. *Guida del medico per l'assicurazione sulla vita umana.* Roma, Coop. Tip. Castaldi fra operai ex-combattenti. Prezzo L. 10.

L'A. ha portato in questo lavoro tutta la sua non comune coltura in materia di assicurazioni vita. Questa guida dovrà indubbiamente costituire il Vade-mecum dei medici fiduciari degli Istituti assicuratori perchè servirà a far loro chiaramente comprendere le finalità che persegue la medicina dell'assicurazione vita.

L'A. nella prima parte della sua guida ha illustrato la essenza vera dell'assicurazione, e molto chiaramente espone alcune fra le principali forme assicurative. Il compito del medico fiduciario ed il metodo che questi deve seguire nelle visite agli assicurati è molto ben impostato e ricco di consigli, frutto di una lunghissima pratica in materia. In modo particolare si sofferma sul capitolo riguardante l'anamnesi gentilizia personale, richiamando l'attenzione su alcune importanti questioni medico-assicurative. L'esame obiettivo è trattato in maniera molto chiara e con l'ausilio di brevi richiami di semeiotica medica è sviluppato il compito che deve essere raggiunto dal medico fiduciario agli scopi dell'assicurazione.

Il capitolo riguardante l'analisi delle urine è stato trattato sia dal lato scientifico che da quello assicurativo poichè tale analisi è uno dei capi saldi della visita medica per l'assicurazione. Nella medicina del lavoro, e nella assicurazione vita è molto studiata la branca della invalidità, perchè essa oltre ad offrire un lato scientifico per le numerose varietà cliniche a cui può dar luogo, ha pure un altro lato eminentemente sociale e benefico perchè esonera gli assicurati dal pagamento dei premi per una sopravvenuta infermità che impedisca loro qualsiasi proficuo lavoro. Infatti il prof. Romanelli nella sua guida illustra chiaramente il concetto di invalidità e fornisce al fiduciario preziosi elementi per il giudizio della invalidità stessa. La guida, per la sua chiarezza e per le notizie semeiotiche in essa contenute riuscirà utile non solo ai medici fiduciari dei vari istituti di assicurazioni, ma anche a quelli che si occupano di medicina del lavoro

C. B.

S. SALINARI. *L'autolesionismo nelle sue varie forme e nei suoi esiti.* Libreria dello Stato, Roma. Prezzo L. 20.

Questa monografia tratta ampiamente l'argomento dell'autolesionismo nei suoi vari aspetti sociale, medico-legale e clinico. La Commissione esaminatrice per il concorso al premio Riberi per il 1924, che assegnò il premio a questo lavoro, così si espresse: « Il lavoro riassume chiaramente e brillantemente tutto il contributo scientifico portato finora al vasto tema dell'autolesionismo, sia nei rappori con l'ambiente militare che in quelli dell'infortunistica civile, nei vari campi della patologia. Trattasi di un lavoro non di semplice compilazione, poichè nell'organica esposizione della materia, l'A. fa un'accurata critica degli argomenti più importanti con giudizi personali ed originali. Epperò, data la sua grande praticità e perchè l'argomento è di sommo interesse e di attualità, esso viene a costituire una utile guida per i medici ».

DR.

G. ALLEVI. *L'Assicurazione infortuni e la valutazione dei danni.* Istituto Editoriale Scientifico, Milano. Prezzo L. 65.

Questo volume consta di due parti. Nella prima è svolto il concetto giuridico e sociale dell'infortunio, sono commentate le leggi italiane sugli infortuni industriali ed agricoli, sono esposti i principi delle leggi estere, ed infine è trattata la difesa del lavoro e. l'assistenza agli infortunati.

Nella seconda parte sono esposte le varie lesioni ed affezioni nei rapporti dei traumi, la loro evoluzione, le loro conseguenze permanenti, l'apprezzamento dell'incapacità lavorativa da esse prodotte. Un intero capitolo è dedicato alla frode.

È un libro pregevole per la chiarezza e la sobrietà dello stile, e per lo spirito di praticità che l'informa.

DR.

PEIXOTO, FAVERO e RIBEIRO. *Medicina Legal dos accidentes do Trabalho e das Doencas Profissionaes.* Editore F. Alves, Rio de Janeiro.

In questo manuale gli autori espongono la dottrina e la pratica della medicina degli infortuni in applicazione della legge brasiliana, di cui alla fine del volume è riportato il testo completo.

Una buona parte del libro è dedicata alla semeiotica, al modo di esaminare l'infortunato, ed al modo di eseguire e redigere una perizia in materia d'infortunistica.

È un lavoro di grande utilità per i medici, che avrà certamente molta fortuna nell'America latina.

DR.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ulcera sifilitica.

Milian (*Paris médical*, 30 gennaio 1926) fa rilevare che l'ulcera sifilitica tipica non si osserva che una volta su cinque o sei casi.

Istologicamente l'ulcera sifilitica è un'erosione che sovrasta ad un infiltrato; derivano da ciò i caratteri clinici dell'ulcera, che sono i seguenti: 1) mancanza di margini; 2) forma regolare; 3) colore di carne muscolare. A questi vanno aggiunti questi altri: essudazione di sierosità limpida e mancanza di dolore.

La forma ne è caratteristica, rotonda regolare od ovalare.

Un sintoma che merita di essere discusso è l'induramento. Vi sono, nell'ulcera sifilitica, al disotto dell'erosione degli infiltrati attorno ai vasi dilatati; è appunto la presenza di questi infiltrati con una certa sclerosi che dà l'induramento. Tale sintoma è stato considerato per molto tempo come caratteristico dell'ulcera sifilitica che è appunto stata chiamata ulcera dura.

Tale induramento ha certi caratteri: è lamellare, a tipo di biglietto da visita, ha uno spessore al massimo di 1-3 millimetri ed ha una resistenza cartilaginosa. Esso può essere confuso con l'infiltrato infiammatorio che accompagna l'ulcera molle e che è piuttosto un impastamento anzichè un induramento. Tuttavia questo carattere è tutt'altro che decisivo e non ha il valore che l'A. chiama patognomonico della mancanza dei margini.

L'ulcera sifilitica è costantemente accompagnata da un'adenopatia che va ricercata nel territorio linfatico corrispondente all'erosione.

fil.

La sifilide ereditaria larvata.

D. Carle (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 giugno 1926) al congresso della Società francese contro il pericolo venereo (ottobre 1925) ha così riassunto le lesioni della eredo-sifilide larvata nell'ordine cronologico delle loro abituali manifestazioni.

1) *Dalla nascita ad un anno.* Eruzioni cutanee e mucose. Atrepsia. Disturbi digestivi (epatosplenomegalia, anoressia, vomito abituale, melena precoce). Turbe orinarie (albuminuria precoce). Lesioni ossee (distacco epifisiario, rachitismo cranico, osteiti, ecc.). Turbe nervose (convulsioni essenziali). Altri piccoli segni sono l'adenite bilaterale epitrocleare, l'idrocele unilaterale irriducibile e persistente, le vegetazioni adenoidi precoci, la ipertrofia del timo, lo strabismo convergente essenziale, ecc.

2) *Da uno a tre anni.* Le anemie pure o pseudoleucemiche. Alcune lesioni nervose (encefalopatie infantili, paralisi da arterite cerebrale, alcune meningiti).

3) *Da tre a dodici anni.* Malformazioni dentarie, oculari, auricolari, adeniti. Lesioni ossee ed articolari d'apparenza tubercolari. L'epilessia, la paralisi generale, le poliomieliti anteriori croniche, qualche corea, la malattia di Friedreich, le psicosi e gli arresti mentali. Le nefrosi, qualche emoglobinuria. Le distrofie endocrine.

L'A. però ha la sensazione della deficienza di un elenco così fatto: e sente la necessità di spingere ancora oltre il numero dei *piccoli segni* o dei *segni minori*, comprendendovi la quasi totalità delle malformazioni fisiche, tutte le anormalie dentarie, un gran numero di dermatosi e distrofie cutanee, ed infine molte deformazioni morali.

Nell'esaminare sistematicamente il sifilitico, è difficile che vicino ad una lesione essenziale, o anche in mancanza di questa, non si trovino uno o più segni minori.

Alla domanda se l'insieme dei segni minori si ritrovi nell'eredità nettamente sifilitica l'A. risponde: sì, e molto frequentemente.

All'altra domanda se questi segni minori sono caratteristici della eredolues risponde di non saperlo. Ma nella impossibilità di trovare in casi dubbi una formula soddisfacente, segue il principio che l'idea di un criterio implica un certo grado di certezza ed applica il trattamento specifico.

L'A. condensa le sue riflessioni in tre aforismi:

1) La scoperta di *un solo segno* di possibilità eredo-luetica, dubbio o minimo che sia, anche in bambini apparentemente sani, e con parentela insospettabile deve stimolare la ricerca di altri segni meno dubbi: orine, milza, fegato, denti, ossa, occhi, ecc.;

2) *L'insieme di piccoli segni*, o *un sintomo di certezza* obbliga il medico ad indagini riservate sui parenti ed al loro esame del sangue, senza falsi pudori;

3) Anche se queste investigazioni sono nulle, l'insieme di più segni di probabilità, o semplicemente uno stato patologico difettoso, inesplicabile, resistente alle cure abituali autorizza a saggiare il *trattamento specifico* che diventa il solo e vero criterio nella maggioranza dei casi.

Se l'interrogatorio degli ascendenti diretti lascia

presagire l'evenienza di qualche dramma in famiglia, il medico sia pronto a servirsi dell'arma venerabile degli antenati, che seguiteranno così, come nell'antico mito Atenesiese, a funzionare da fantasmi protettori del focolaio familiare.

PERSIA.

I segni dell'eredo-sifilide alla nascita.

Commander e Rheuter (*Journ. de Méd. de Lyon*, n. 154, 1926) portano il loro contributo notevole e statistico su quelli che sono i segni eredo-sifilitici.

Sono apparsi segni evidenti:

1) una sproporzione netta tra il peso della placenta e quello del feto;

2) le lesioni anatomiche svelabili con l'autopsia;

3) le lesioni apparenti, evidenti clinicamente nei primi giorni dalla nascita.

Tali segni però sono molto rari, meno dell'1 %.

Su 175 casi di feti nati con macerazione, si riscontrò l'ipertrofia placentare nel 60 %, le lesioni apparenti nel 5,7 %, le lesioni anatomiche nel 34,3 %.

Tali percentuali, con piccole variazioni furono riscontrate nei feti nati morti, in quelli nati vivi, ma morti dopo pochi giorni, e in quelli che sopravvissero.

Più interessanti sono i dati riscontrati nelle diverse lesioni. Così per le lesioni anatomiche, l'*ipertrofia del fegato* fu trovata in 78 % dei casi; la *splenomegalia* in 81 %; il *segno di Wegner* (lesioni della cartilagine diafiso-epifisaria) nel 65,8 %.

Meno frequenti a riscontrarsi furono la *polmonite*, la *sclerosi del pancreas*, la malformazione dell'*apparato digerente*.

Le lesioni apparenti riscontrate in 127 casi furono le seguenti:

1) il *pemfigo palmo-plantare*, apparso dopo la nascita, ed anche secondariamente, in 63,7 % dei casi;

2) lo *sviluppo eccessivo dell'addome*, con un marcato circolo venoso sottocutaneo, il quale s'è aggiunto talora alla epatomegalia, tra cui due con ascite fetale, in 24,4 %;

3) la *splenomegalia* nel 10,2 %;

4) la *coriza sifilitica*; le ulceri circinnate, l'ittero bronzino, le placche mucose boccali, l'edema generale sono segni più rari a riscontrarsi.

Il segno su cui insistono gli AA. per la forma di eredo-sifilide, e che si è mostrato costante è l'ipertrofia placentare; ed allorchè la placenta oltrepassa di 1/5 il peso fetale, e coincide con la macerazione del feto, ha un valore quasi di certezza per la diagnosi di sifilide materna.

CARUSI.

La profilassi della sifilide congenita.

In rapporto a tale questione il primo problema è quello del matrimonio dei sifilitici (Marfan, *La Pediatrie pratique* e *Paris médical*, 30 gennaio 1926). L'introduzione della reazione di Wassermann ha modificato le regole date da Fournier ma anche le nuove vanno interpetrate a dovere ed adattate ad ogni singolo caso; così non si deve chiedere troppo alla reazione di Wassermann e si deve tener presente che la puntura lombare è raramente accettata dal malato.

Di capitale importanza è il trattamento della donna sifilitica in stato di gestazione. Esso deve essere istituito precocemente, prima del terzo mese e continuato sino alla fine della gestazione. Il medicamento di scelta è il novarsenobenzolo di cui si daranno in due mesi circa 4 grammi. Dopo il riposo di 3 settimane si farà una nuova cura come la prima e poi una terza dopo un nuovo riposo di 4 settimane, ed eventualmente una quarta. Negli intervalli, iniezioni o frizioni mercuriali. Se l'introduzione del novarsenobenzolo per le vene è impossibile, si sceglierà la via sottocutanea. Oppure si potrà anche fare una cura di bismuto.

Quando la sifilide non può essere rivelata e quindi non si può attuare una terapia attiva, si potrà dare del bijoduro di mercurio e dello joduro di potassio per bocca; lo stovarsol ed il treparsol sono di istituzione troppo recente perchè si possa dare un giudizio in proposito.

In ogni caso sospetto e tanto più in quelli accertati, la madre dovrà nutrire il proprio bambino e non dovrà darlo a nutrice mercenaria.

Oggi le antiche leggi di Baumès e di Profeta vanno del tutto modificate, la prima nel senso di Carle che cioè una madre che procrea un bambino sifilitico va considerata come sifilitica qualunque sia il suo aspetto. La seconda nel senso che un bambino nato da madre sifilitica è il più spesso sifilitico malgrado le apparenze; non vi è quindi alcun pericolo per esso a prendere il latte dalla propria madre, a meno che questa non abbia contratta la sifilide negli ultimi due mesi di gravidanza nel qual caso essa non deve allattare; il bambino però non può comunque essere affidato ad altra nutrice.

Quando si applichino rigorosamente queste prescrizioni, si vedrà diminuire la mortalità dei bambini nella prima età ed il numero delle malformazioni e delle infermità attribuibili alla sifilide.

fil.

Le cure di bismuto nella sifilide.

Il bismuto è ormai entrato nella pratica corrente della cura antisifilitica, accanto al mercurio ed agli arsenobenzoli. Si tende in generale a

dare la preferenza ai sali insolubili in sospensione oleosa i quali presentano la massima attività, una debole tossicità, una tolleranza perfetta ed una eliminazione lenta, che permette di tenere l'organismo in un « bagno » continuo di bismuto.

P. Aubry (*Rev. de l'Union franco-ibéro-amer.*, 1925, n. 6) osserva che fra questi sali insolubili il tartrobismutato ha lo svantaggio di essere assai doloroso e di provocare la stomatite; l'ossido di bismuto è molto meglio tollerato, ma per la sua troppo grande stabilità, resta difficilmente decomponibile dai tessuti, in mezzo ai quali rimane molto a lungo e può determinare degli ascessi asettici. L'A. dà invece la preferenza all'associazione del bismuto con il chinino e con lo jodio, che sarebbe bene tollerata e di facile disgregazione da parte dei tessuti. *fil.*

La somministrazione di mercurio per via orale.

Si può dare il protoioduro di mercurio o, meglio, il calomelano, prescrivendo secondo Milian (*Journ. de méd. de Paris*, 5 luglio 1926) 10 cg. di calomelano con 1 g. di glicerofosfato di calce, oppure con 1 g. di sottonitrato di bismuto; oppure associarvi entrambi nella formola: calomelano cg. 10; glicerofosfato di calce cg. 25; sottonitrato di bismuto cg. 75.

Di queste prese, se ne danno 2-3 al giorno, prima dei pasti, per 15-20 giorni consecutivi.

fil.

SEMEIOTICA.

Il dolore sternale.

In una riunione della Società Medica di Londra è stato trattato il tema del dolore sternale (*The Lancet*, 13 novembre 1926).

J. Parkinson ne ha parlato dal punto di vista medico. Tale dolore può essere provato in un numero notevole di malattie. Anche la tracheite acuta e la bronchite possono, ad esempio, provocare un dolore acuto dietro allo sterno.

In alcuni casi, invece, ad esso vanno uniti altri sintomi morbosi importanti. Con l'ispezione si può infatti riscontrare talora una tumefazione fluttuante (ascesso tubercolare) o pulsante (aneurisma). Più di rado tale tumefazione sarà dovuta ad una gomma, a un tumore, o ad un linfogranuloma.

La pericardite acuta genera dolore e senso di ambascia. Nell'endocardite e nelle malattie valvolari croniche il dolore, che può essere accusato a livello della porzione più bassa dello sterno, o verso l'epigastrio, si accentua col movimento, ed è probabilmente dovuto alla distensione congestizia del fegato.

Ma la forma dolorosa sternale più importante è quella dovuta all'angina pectoris, la quale, uniformemente alle più moderne vedute, deve essere considerata come una sindrome piuttosto che una malattia a sè.

Ammessa l'origine cardio-vascolare di un dolore sternale, bisogna approfondire maggiormente tale diagnosi, decidere cioè se si tratti di sifilide del cuore e dell'aorta, o di ateroma aortico e delle coronarie.

Secondo l'A., il dolore sternale che si origina col movimento è in rapporto ad un'affezione cardio-aortica, mentrechè se è intenso e prolungato, anche all'infuori di qualsiasi esercizio, indica per lo più una trombosi delle coronarie.

A. J. Walton ha trattato della diagnosi chirurgica del dolore sternale, raggruppando le forme morbose nel modo seguente: 1) lesioni dei visceri toracici; 2) lesioni dei visceri addominali; 3) lesioni locali; 4) lesioni spinali.

Tra le lesioni dei visceri toracici è da rammentare: il cancro dell'esofago, nel cui decorso il malato spesso accusa dolore acuto ed improvviso retrosternale nell'atto della deglutizione. Allorquando poi il cancro ha eroso la parete esofagea il dolore diviene più costante.

Il cardiospasmo è un'altra condizione morbosa, spesso ad inizio assai lento e subdolo, che può provocare dei dolori retrosternali esacerbati dall'ingestione di cibo. La diagnosi può essere difficile allorchè non appaiono gli altri sintomi caratteristici, rappresentati sopratutto dal rigurgito. Si comprende come qui sia di utilità indiscussa l'indagine radiologica.

Tra le lesioni dei visceri addominali conviene menzionare: l'ulcera gastrica, la dilatazione acuta dello stomaco, la visceroptosi e le lesioni del pancreas e della vescicola biliare, nelle quali malattie il dolore retrosternale può talora costituire un sintoma fondamentale e quasi esclusivo, tanto da far deviare l'attenzione del medico verso l'apparato cardiovascolare, considerando anche come ad esso possa unirsi la dispnea e il senso di ambascia.

Le lesioni locali sono rappresentate: dalla tubercolosi dello sterno, o di una costola e di una cartilagine della regione precordiale, come pure dai tumori e dagli aneurismi.

Le lesioni spinali, infine, comprendono i processi flogistici delle meningi e della colonna vertebrale, i quali, involvendo le radici nervose, possono simulare una malattia cardiaca.

In tali casi si riuscirà però, non di rado, a mettere in rilievo una zona di iperestesia cutanea al torace, corrispondente al segmento colpito.

M. FABERI.

La diagnosi differenziale dei dolori nel quadrante inferiore destro dell'addome.

Troppo spesso si ha tendenza di diagnosticare un'appendicite in presenza di dolori al quadrante inferiore destro dell'addome. Non tanto nel caso di appendicite acuta, quanto in quello della così detta forma cronica o subacuta. In tali casi, specialmente in assenza di sintomi gastrici, l'appendice spesso non è in causa, ma piuttosto si tratta di rene mobile, di calcolo ureterale, di pielite, di stenosi o inginocchiamento dell'uretere, quindi ad una malattia dell'apparato urinario.

H. A. Blaisdell (*New York State Med. Journ.*, 1 maggio 1926), consiglia in questi casi di fare anzitutto un'accurata anamnesi, specialmente in riguardo ai sintomi gastrici, mestruali ed urinari; di procedere poi ad un accurato esame fisico, tenendo presente che non tutte le ostruzioni ureterali sono seguite da idronefrosi e facendo poi tutte le ricerche (analisi dell'urina, esame cistoscopico, cateterismo degli ureteri, prove funzionali del rene e pielografia).

Parecchi casi della così detta appendicite cronica, operati senza successo hanno poi risentito grande vantaggio dalla dilatazione degli ureteri, passando a completa guarigione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Esiti di blenorragia. — All'abb. n. 10561-1:

Non possiamo rispondere a quesiti riferentisi a casi particolari.

In generale la presenza di materiale purisimile che si affaccia al meato durante la defecazione è indizio di fatti prostatici. In ogni caso occorre l'esame microscopico di questo materiale e regolarsi in conseguenza.

Se si tratta di fatti acuti non c'è che lasciare l'ammalato in riposo, l'uso di suppositori anali di belladonna (2 cgr.), dieta leggera, ecc. In presenza di fatti cronici il massaggio prostatico dal retto è indicato. Da qualche tempo in qua si consiglia la diatermia sulla quale però i giudizi sono ancora discordi.

I lavaggi vescico-uretrali sono indicati purchè non vi siano fenomeni acuti in atto e vanno sospesi in caso di vivace reazione del così detto collo della vescica.

V. MONTESANO.

Ossaluria. — All'abb. n. 13703:

Gli ossalati urinari possono essere dati: 1) da ingestione di ossalati nella dieta (specialmente spinaci, rabarbaro, fragole, cacao). 2) Da fermentazioni gastriche, consecutive, p. es., ad ingestione di abbondanti quantità di zucchero; anche la pancreatite cronica può dare ossaluria. 3) Da formazione endogena, specialmente dall'acido urico che, per deficiente funzione epatica, non viene completamente ossidato.

Nella terapia si dovranno tener presenti gli accennati fattori.

Sono stati dati consigli opposti per quanto riguarda la dieta, poichè alcuni raccomandano la carne, altri la dieta vegetariana. Entrambi questi consigli hanno la ragione di essere e saranno seguiti a seconda dei casi. Le carni (come il latte, il burro, le uova, il riso, i biscotti) non contengono acido ossalico. D'altra parte i vegetali sono utili negli uricemici. Si eviteranno in generale i cibi ricchi di acido ossalico (vedi sopra), tenendo presente che fra questi è stato ascritto il pomodoro che invece ne contiene quantità minime. Saranno permessi pochi dolciumi.

Si prescriveranno i sali di magnesia; consigliato è anche il fosfato acido di sodio in quantità di 20-50 centigrammi al giorno. Razionale sembra la prescrizione del citrato di potassio che agisce come diuretico e che, combinandosi col calcio, previene la formazione dei cristalli di ossalato di calcio. Curare molto la digestione gastrica (piccoli pasti) ed intestinale, nonchè l'igiene generale, nel senso di attivare il ricambio: passeggiate, massaggi, ecc.

Ricordarsi che la presenza di cristalli di ossalato di calcio nell'urina non indica sempre ossaluria; essi debbono trovarsi in quantità notevole nell'urina fresca. Per una diagnosi sicura, dosare l'acido ossalico.

Non ritengo che l'ossaluria possa essere messa in rapporto con la lues.

A. FILIPPINI.

Intossicazioni da vapori di nafta. — Al dott. R. S., abb. n. 1207:

I vapori di nafta possono dare intossicazioni acute a tipo di ebbrezza, tendente ad effetti narcotici, oppure croniche con mono- o polineuriti e con disturbi di anestesia della mucosa del naso e della gola (a seconda del tipo di respirazione, nasale od orale).

Nella combustione della nafta si sviluppano parecchi gas, fra cui anche ossido di carbonio e si possono avere intossicazioni varie: paresi, perdita di coscienza, ecc. Non risulta che nè i vapori di nafta, nè i prodotti della sua combustione possano provocare nefriti.

fil.

Al Dott. E. M., da Torino:

Consulti: U. FERRETTI. *L'industria del freddo e le sue applicazioni*

fil.

Al Dott. G. Mindelli, da Milano:

Sulle coxartriti consulti l'ottimo trattato di CALOT: *L'orthopédie indispensable aux praticiens*, di cui esiste anche una traduzione italiana, pubblicata da F. Vallardi.

Per la sciatica, consulti il lavoro di LAPERSONNE e CANTONNET. *Les Sciatiques* edito da Masson, il quale però rimonta al 1913.

fil.

VARIA.

Chi usò per primo la parola « insulina » ?

Si è creduto finora che la parola « insulina » fosse stata introdotta nella scienza da sir Sharpey Schafer, professore alla Facoltà Medica di Edimburgo; gli stessi scopritori canadesi del prezioso rimedio le attribuivano questa paternità. Ora però lo Schafer la declina con sincerità e franchezza. Senza che egli lo sapesse, è risultato infatti che il termine era già stato impiegato, nel 1909, dal prof. De Meyer di Bruxelles, che nell'VIII volume degli « Archivi di Fisiologia », dedicato al prof. Giulio Fano in occasione del suo 25° anno d'insegnamento, pubblicava una breve memoria di 3 pagine, sotto il titolo « Azione della secrezione interna del pancreas sui vari organi e specialmente sulla secrezione renale ». Ivi sono contenute le parole:

« Il prodotto della secrezione interna del pancreas (tuttora senza nome), il quale se deriva, come crediamo, dagli isolotti di Langerhans, potrebbe chiamarsi insulina, esercita sul fermento, o meglio sul profermento glicolitico, attratto dai leucociti, un'azione tale, che favorisce la glicolisi, sia nel sangue, sia nei tessuti. Quest'azione eccitatrice dell'insulina non ha bisogno, per prodursi, dell'intervento di elementi figurati ». E alla fine della memoria: « Crediamo di aver dimostrato che la secrezione interna del pancreas, l'insulina per darle il suo nome, regolarizza la funzione dell'emuntorio renale ».

Dunque, inventore della parola « insulina » è De Meyer. (*Rev. Méd. de Barcelona*, sett. 1926).

Una parola nuova: " laborantine ".

Un numero considerevole di giovani donne o di signorine trova oggi nei laboratori delle occupazioni in rapporto con le qualità femminili; vi rendono grandi servigi e vi guadagnano bene la vita. Per designare queste utili ausiliarie, si è ora adottato a Parigi un termine grazioso, ben foggiato, di pronunzia gradevole, di gusto femminile, che col suo radicale *labor* esprime a un tempo l'idea di lavoro e quella di laboratorio: le si chiamano *laborantine*. Questa parola merita, dice *Paris Médical*, di passare nell'uso corrente. (Da *Bruxelles-Méd.*, 7 novembre 1926).

Pesci viventi penetrati nelle vie aeree e digestive.

E. W. Gudger (*Arch. of Pathol. a. Lab. Med.*, sett. 1926) ne riferisce una ventina di casi consegnati nella letteratura. Concernono pescatori della Francia, dell'Italia, dell'India e del Far West (Stati Uniti), i quali hanno la consuetudine di afferrare i pesci tra i denti, sia per ucciderli, sia per render libere le mani durante la pesca. A volte la bocca viene aperta involontariamente, perchè il pesce punge con le spine, o dà dei forti guizzi, e l'animale riesce a introdursi violentemente entro la trachea o l'esofago. Naturalmente le conseguenze ne sono gravissime.

I Premi Nobel per nazionalità.

Secondo *Forschungen und Fortschritte* (10 dicembre 1926), sono stati assegnati fin'ora i seguenti premi Nobel, distinti per nazionalità: Germania 28, Francia 21, Inghilterra 15, Svezia 9, Svizzera 8, Stati Uniti 7, Olanda e Danimarca 6, Belgio e Austria 5, Norvegia e Italia 4, Spagna, Polonia e Canadà 2, Russia e India 1.

Non può a meno di colpire la sproporzione tra i vari Paesi; così gli Stati Uniti figurano con 7 appena, cioè la quarta parte della Germania; l'Italia resta indietro a molti piccoli Stati, ecc.: non c'è stata giustizia distributiva!

Necessità di medici pel Congo.

A un ricevimento dato nel Museo Coloniale di Bruxelles, in occasione delle « Journées Médicales », l'amministratore generale delle Colonie del Belgio, Arnold, tenne un discorso in cui rilevò che le colonie del Belgio non possono svilupparsi se non a condizione che vi si rechi un numero sufficiente di buoni medici. Egli si propone, tra i suoi compiti principali, di sostenerli. Devono anche contare sul concorso delle autorità territoriali e dei missionari. Grazie alla Scuola di Medicina Tropicale di Amsterdam, i giovani medici possono acquistare le cognizioni indispensabili per praticare nelle Colonie; e un ufficio speciale impartisce istruzioni a ufficiali sanitari, infermiere e missionari. (Dal *Journal A. M. A.*, 13 novembre 1926).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

III. — Precedenza della nomina dei mutilati ed invalidi nei concorsi per condotte medico-chirurgiche.

La posizione dei mutilati e degli invalidi di guerra nei concorsi, in relazione all'art. 8 della legge 21 agosto 1921 n. 1312, si può considerare ormai definita e precisata, almeno dal punto di vista della giurisprudenza del Consiglio di Stato.

Possono sorgere controversie particolari, per l'applicazione dei criteri di massima ai casi concreti; ma i principi direttivi si devono considerare praticamente stabilizzati.

Riferendo qui i criteri più importanti, prendiamo in considerazione i concorsi per condotte medico chirurgiche.

I posti di medico condotto sono considerati ultimi di ruolo e devono essere conferiti, *con precedenza*, agli invalidi, nelle proporzioni del 10 %. (Si intende che, se un solo posto sia oggetto del concorso, anche in tal caso è efficace la precedenza e deve essere nominato il concorrente invalido dichiarato idoneo). A questa regola si fa eccezione in due casi: *a*) se il regolamento organico locale richieda, come condizione per la nomina, un determinato precedente periodo di esercizio professionale o libero o presso ospedali, cliniche, ecc.; *b*) se esista nel Comune una sola condotta o se una determinata condotta sia organizzata nel Capitolato in modo diverso dalle altre, così da richiedere, per la nomina in questa, titoli speciali differenti da quelli prescritti per le altre condotte e da imprimere ad essa un carattere a se stante e separato.

È opportuno qualche chiarimento per queste due eccezioni.

È noto che l'art. 8 della legge 21 agosto 1921 attribuisce il diritto alla nomina con precedenza assoluta « nelle ammissioni *agli ultimi posti di ruolo* »; in relazione a questa norma, l'art. 6 del regolamento 29 gennaio 1922 n. 92, dichiara che « sono ritenuti ultimi posti di ruolo quelli ai quali si accede secondo gli ordinamenti di ogni singola amministrazione, istituto o ente, senza speciale anzianità o senza particolari meriti di servizio acquisiti nella stessa amministrazione o in amministrazioni affini; ove non esistano organici per gradi o anzianità si considerano ultimi posti di ruolo quelli ai quali si accede per ciascuna categoria, secondo gli ordinamenti dell'ente, senza speciale esperienza professionale ». Applicando questo principio, si è ritenuto che le condotte medico chirurgiche debbano essere considerate normalmente ultimi posti di ruolo, perchè nè la legge nè il regolamento generale prescrivono come condizione per l'ammissione al concorso una speciale esperienza professionale. Se, però, un precedente periodo di esercizio professionale sia richiesto dal capitolato e dall'avviso di concorso non come titolo valutabile agli effetti del merito, ma come condizione per l'ammissione al concorso, il posto non può essere considerato ultimo di ruolo. È il caso, per es., di una norma di capitolato locale la quale richieda *per la partecipazione* al concorso che il candidato dimostri di avere esercitato per due anni la professione in una clinica o in un ospedale, ecc.

La seconda eccezione riguarda la *unicità* della condotta. Si è detto: perchè un posto possa essere considerato ultimo di ruolo occorre che ve ne siano più di uno della stessa categoria; non importa che i posti siano ordinati gerarchicamente o comunque in senso verticale: basta che ve ne siano più di uno. Se invece esiste una sola condotta nel Comune, questa non può essere considerata ultimo posto di ruolo e quindi non si applica la precedenza a favore dei mutilati e degli invalidi. La unicità non è riferita all'obbietto del concorso: se questo è indetto per una sola condotta e il Comune ne ha due, vale la precedenza.

Al caso della condotta *unica* è stato equiparato quello di una condotta *singolare*. Bisogna intendersi bene: non basta che le condotte siano distinte; è necessario, anzi, per disposizione del regolamento sanitario 19 luglio 1906 (art. 27) che ciascuna condotta abbia una circoscrizione propria e definita e, quindi, che ciascuna sia regolata con disposizioni particolari ad essa, salve quelle comuni alle altre. La organizzazione formale non ha rilevanza dal punto di vista che qui consideriamo. È anche indifferente che per ciascuna condotta sia stato approvato uno speciale capitolato. La differenza e la peculiarità che possono far ritenere unica la condotta, derivano dal contenuto, dalla essenza della istituzione. Deve trattarsi di una condotta singolare, con destinazione propria e speciale: per es. condotta ostetrica ginecologica o soltanto chirurgica. Insomma, singolarità non formale ma sostanziale, che renda necessari titoli speciali, differenti da quelli prescritti per le altre. Soltanto in tal caso si può equiparare la condotta singolare alla condotta unica. Le due situazioni devono essere tali da coincidere praticamente col rapporto logico fra singolarità e unicità. Applicando questi cri-

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

teri si deve escludere che abbiano rilevanza i seguenti elementi: che una condotta sia molto lontana dalle altre e, limitata ad una frazione del Comune, abbia un capitolato proprio; che il titolare della condotta stessa sia, a differenza degli altri, incaricato della vigilanza igienica e della tenuta dell'armadio farmaceutico (istituzione non legale ma eccezionalmente ammissibile per disposizione temporanea del Prefetto).

Occorre considerare, infine, un'altra condizione, che è stata messa in luce recentemente dal Consiglio di Stato e che ci sembra giuridicamente corretta. La legge del 1921 è diretta a favorire il collocamento dei mutilati ed invalidi di guerra; me se il concorrente è già titolare di una condotta (non semplicemente interino o comunque provvisorio), egli ha già una occupazione per ufficio identico a quello al quale poi concorre. Verificandosi questa ipotesi viene meno la ragione del privilegio speciale attribuito dalla legge e quindi non è efficace la precedenza.

Concludendo, si può riassumere così la posizione: qualora sia indetto un concorso per uno o più posti di condotta medico chirurgica in un Comune che abbia più di una condotta, e non si tratti di un ufficio *singolare* per il suo contenuto, tanto da dover essere considerato quasi unico e non sia prescritto per l'ammissione al concorso stesso un precedente periodo di esercizio professionale, deve essere nominato con precedenza assoluta il concorrente mutilato o invalido di guerra dichiarato idoneo se il concorrente stesso non sia titolare di altra condotta medico chirurgica.

Questi criteri e queste norme riguardano, come si è detto, le precedenze stabilite a favore dei mutilati ed invalidi, le quali non si devono confondere con le preferenze che sono stabilite da altre norme, *a parità di merito*, a favore dei benemeriti della guerra. Per queste preferenze si svolge una controversia ancora senza pace: ma di esse mi occuperò con altra nota, avendo avuto occasione di trattare compiutamente per un ricorso al Consiglio di Stato (Circo dott. Sebastiano, contro Comune di Carlentini) l'una e l'altra questione, per la quale si attende la decisione del Consiglio di Stato.

IV. — Infortunio: causa violenta e occasione di lavoro.

L'*infezione malarica* contratta da un agente ferroviario in servizio, percorrendo zone malariche lungo la linea, deve considerarsi prodotta da *causa violenta* e, quindi, come infortunio indennizzabile. Se è vero che non è cronologicamente determinabile il momento in cui l'infezione malarica venne contratta, è altresì vero che non è necessario, per l'applicabilità della legge sugli infortuni, stabilire il giorno, l'ora e il luogo in cui l'evento ebbe a verificarsi e che, allo scopo di dimostrare come essa (nella specie inoculazione del virus patogeno) sia avvenuta in occasione di lavoro, bastano le presunzioni anch'esse annoverate fra le prove ammesse dalla legge.

Questa massima importantissima si ricava dalla sentenza 31 luglio 1926 della Corte di Cassazione del Regno, sezione I, Ministero delle Comunicazioni contro Boccia Aurelio. Si trattava di decidere se potesse costituire causa violenta ai sensi dell'art. 7 della legge sugli infortuni l'infezione malarica contratta da un ferroviere in servizio — la quale fu causa della di lui morte per perniciosa — e in quali sensi debba intendersi l'*occasione del lavoro* in rapporto alla causa originaria del morbo, cioè puntura dell'esanofele.

Di queste due quistioni io ebbi occasione di occuparmi sommariamente in una nota di recensione dell'importante manuale del prof. Ciampolini « La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge » (edit. Luigi Pozzi, Roma).

La sentenza della Corte di Cassazione sopra indicata ha molta importanza, perchè afferma nettamente che la nozione di *causa o lesione violenta* non può confondersi con quella più ristretta di *causa o lesione traumatica* e che la legge speciale ha voluto includere nella protezione dell'infortunato, ogni causa che, in modo repentino od imprevisto, *per l'azione perturbatrice di un agente esterno*, modifichi in senso patologico l'integrità organica. In base a questo criterio si è ritenuto che la introduzione del virus mediante la puntura dell'anofele deve essere considerata causa esterna e violenta.

Circa l'altro elemento della occasione del lavoro la Corte di Cassazione ha precisato che devetrattarsi di prestazioni le quali debbano svolgersi obbligatoriamente in ambiente miasmatico (p. es. zona malarica) senza che occorra la prova, il più delle volte impossibile, e la determinazione del momento preciso della puntura, per pretendere di coordinarla all'attività lavorativa.

Da un punto di vista più generale e oltre i confini della tutela dell'infortunato, i principi stabiliti dalla Corte di Cassazione hanno notevole ripercussione e importanza così agli effetti delle pensioni privilegiate per infermità contratte in servizio e a causa di esso, come per le aspettative dipendenti da ragioni di salute. Si deve, per es., ritenere contratta in servizio e a causa di esso la infezione malarica che colpisca il medico condotto o l'ufficiale sanitario che presta normalmente la sua opera in una zona infetta, senza che occorra provare e determinare esattamente in qual momento la infezione fu contratta o se per avventura non si sia verificata in altro luogo nel quale il sanitario siasi recato per l'esercizio professionale libero.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI UFFICIALI.

Il Bollettino Ufficiale del Ministero dell'Interno del 21 dicembre 1926 reca: R. Decreto 14 ottobre 1926, n. 1927, riguardante l'approvazione del Regolamento per le fabbriche di conserve alimentari preparate con sostanze vegetali; R. Decreto-Legge 21 ott. 1926, n. 1904, concernente modifiche alla legge 10 dic. 1925, n. 2270 sulla protezione ed assistenza della maternità e dell'infanzia; Ordinanza di Sanità Marittima n. 9 in data 27 nov. 1926 della Direz. Gen. della Sanità Pubbl. concernente le provenienze dai porti del Senegal (Africa occident. francese) sottoposte alle misure contro la febbre gialla.

Il numero del 1° gennaio 1927 dello stesso Bollettino reca: Decreto ministeriale 30 ott. 1926 che stabilisce le norme relative alla concessione di borse di studio per lo addestramento nella lotta contro la tubercolosi e contro il cancro; Decreto ministeriale 2 dic. 1926 riflettente la obbligatorietà della vaccinazione antitifica; Decreto ministeriale 10 dic. 1926 concernente l'abburattamento delle farine e la panificazione (norme amministrative per il prelevamento dei campioni e per le esecuzioni delle analisi); Circolare della Direz. Gen. della Sanità Pubbl. in data 12 dic. 1926, n. 20900-3-A. G. relativa al Decreto di cui sopra.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOLOGNA. — 14ª cond. suburb.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre 1300 pov.; lire 500 bicicl. o L. 3000 cavalc., L. 1000 ambul.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 feb. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Chied. annunzio.

CANTAGALLO (*Firenze*). — Scad. 10 feb.; stip. L. 9500 e 8 trienni dec., integrato da indenn.c.-v. e trasp.; alloggio o indennità L. 1000; stato di fam.; età lim. 35 a. Tassa L. 50.

COLLE VAL D'ELSA (*Siena*). — Scad. 5 feb.; L. 7500 oltre assegno L. 2143, variabile; cav. lire 4000; 6 quadrienni dec. Tassa L. 50.

COSENZA. *R. Prefettura.* Concorso interno uff. san. consorziale per quarantanove consorzi con norme art. 13 R. D. 29 nov. 1925 n. 2266. Scadenza 10 marzo.

FAENZA. *Congregazione di Carità.* — A tutto febbraio chirurgo primario presso l'Ospedale Civile; L. 10,000, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di segreteria.

POZZAGLIA SABINA (*Roma*). — Pror. 15 febbraio; L. 10,500 per 1000 pov.; addiz. L. 4; quattro quadrienni; per uff. san. L. 400. Tassa L. 50.15.

RIO ELBA (*Livorno*). — Scad. 5 feb.; L. 12,000 e 4 quinquenni ventesimo; indenn. serv. attivo o c.-v. in L. 1200. Richiedesi abilitazione uff. san. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10.

CONCORSI A PREMI.

I Premio Hoffmann-La Roche.

La chiusura del concorso al I Premio Hoffmann-La Roche di L. 10,000 da assegnarsi al miglior lavoro di terapia medica pubblicato nel biennio 1025-26, è prorogato al 31 luglio 1927.

I lavori dei concorrenti dovranno essere inviati, entro tale termine, al Segretario della Società Italiana di Medicina Interna, prof. Giuseppe Sabatini, presso la R. Clinica Medica - Policlinico Umberto I - Roma.

Premio Galligo.

L'Accademia Medico-Fisica Fiorentina bandisce il concorso triennale per lavori di sifilografia e pediatria di L. 500 istituito dal fu cav. dott. Isacco Galligo. Il termine utile per la presentazione dei lavori scade col 31 dicembre 1927. Il premio sarà conferito secondo le norme di uso. Il regolamento s'invia a richiesta. Rivolgersi alla Segreteria (via Alfani 33, Firenze).

BORSE DI STUDIO.

III Borsa di studio Wassermann.

È aperto dall'Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia il concorso per una borsa di studio di L. 5000 da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in medicina e chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto superiore del Regno. L'assegno sarà corrisposto in rate trimestrali anticipate di L. 1000 ciascuna, con decorrenza dal 1° marzo 1927, dietro presentazione, per la II, III, IV rata, di un certificato della Segreteria dell'Università o dell'Istituto da cui risulti l'iscrizione e la regolare frequenza al Corso o ai Corsi di perfezionamento. Le ultime 1000 lire saranno versate alla vincitrice alla fine dell'anno di studio ove essa ne dimostri il buon esito, presentando un lavoro pubblicato. Domande in carta libera alla presidente dell'Associazione, dott.ssa Myra Carpucino Ferrari, Salsomaggiore, non più tardi del 10 febbraio, corredate dai soliti documenti, con elenco in tre copie dei titoli.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Giuseppe Ayala, aiuto nella R. Clinica delle Malattie nervose di Roma, è stato conferito il premio Baccelli al merito clinico (medaglia d'oro).

Rallegramenti cordiali all'insigne studioso, nostro apprezzato collaboratore.

Sono stati trasferiti i seguenti professori:

Guglianetti Luigi, di Clinica oculistica, da Cagliari a Modena; Mibelli Agostino, non stab. di Clinica dermosifilopatica, da Sassari a Messina; Oliveri Emanuele, di Chimica farmaceutica, da Siena a Messina; Pes Orlando, di Clinica oculistica, da Modena a Genova; Quagliarello Gaetano, dalla cattedra di Fisiologia di Catania, alla cattedra di Chimica biologica, a Napoli.

Sono abilitati alla libera docenza in:

Clinica Pediatrica: Anau Enrico.

Patologia speciale medica: Picone Bartolomeo; Reale Mario.

Il prof. Alberto Pepere, stabile di anatomopatologia, è, nominato preside della Facoltà medica di Milano, in sostituzione del prof. Ferdinando Livini, dimessosi volontariamente.

La Facoltà Medica di Berlino ha chiamato il prof. Tredelenburg di Friburgo alla cattedra di farmacologia, quale successore di Heffter; il prof. Zangger di Zurigo alla cattedra di medicina legale, quale successore di F. Strassmann; il prof. Sauerbruch alla direzione della clinica chirurgica del Charité Hospital quale successore di Bier.

Il prof. William H. Welch, dal 1916 direttore della Scuola d'Igiene e Sanità Pubblica alla Jhons Hopkins University di Baltimora, ha rinunziato a questa carica per accettare la cattedra di storia della medicina, nella stessa Università. È la prima cattedra stabile del genere istituita nel Nord-America, resa possibile dal dono di 200,000 dollari fatto dal « General Education Board » della Fondazione Rockefeller di New York.

Il dott. George David Stewart, professore di chirurgia alla Columbia University e al Bellevue Hospital Medical College di New York, è stato eletto presidente dell'« American College of Surgeons ».

Il premio dell'Istituto di Chemoterapia Sperimentale di Darmstadt è stato assegnato, per la prima volta, al prof. R. Pfeiffer, dell'Università di Breslavia, scopritore del fenomeno di Pfeiffer, delle batteriolisine e del *Bacillus influenzae*.

La borsa di studio Cardenal, di 4000 pesetas, è stata assegnata al dott. D. Jorge Gnasch y Sagrera, ex-decano degli alunni interni dell'Ospedale Clinico di Barcellona.

Il dott. A. G. G. De Sanctis è nominato professore di pediatria alla « Post-Graduate Medical School » di New York.

BIOGRAFIE.

ANTONIO CARDARELLI

(Civitanova del Sannio 29 marzo 1831 — Napoli 8 gennaio 1927).

Pareva che non dovessimo mai perderLo, che Egli non ci dovesse mai lasciare, che dovesse essere eterno sfidando le leggi più inesorabili della natura!

L'avevamo avuto tutti e sempre questo grande Maestro; tutti L'avevamo trovato — e già illustre — al Suo posto quando abbiamo intrapreso i nostri studii, e ne avevamo già sentito parlare come di un nume fin nelle più remote contrade; quasi nessuno più Lo ricordava giovane. E, anche dopo una vita di 96 anni, Egli è sparito come se ci fosse stato inaspettatamente strappato, lasciandoci attoniti e storditi!

Tutti quanti son medici nell'Italia meridionale — ed è quasi mezza Italia — o son passati per questa gloriosa e grande Università, in tre quarti di secolo, L'hanno avuto a Maestro.

Egli entrò tardi e già vecchio nell'insegnamento ufficiale, dopo che decine di migliaia di giovani aveva educato nell'insegnamento privato; e la Facoltà di Medicina — ove trovò quasi tutti Suoi allievi — vide parecchie volte rinnovarsi per intero, rimanendovi tetragono ed intangibile solo Lui, il più vecchio.

Ne uscì vecchissimo, quasi 20 anni dopo di avere oltrepassato i limiti d'età che per Lui eccezionalmente non contarono; e vide ancora altra gente andar via, vide andar via prima di Lui i Suoi stessi discepoli raggiunti dai limiti d'età se-

gnati dalla legge o da quelli più inesorabili imposti dalla natura!

E per 70 anni circa questo colosso, guida sicura e luminosa di tante schiere di medici, fu pure la meta di schiere anche più numerose di malati di ogni età e di ogni condizione, che di propria iniziativa, come in sacro pellegrinaggio, andavano a Lui con la stessa fede con cui si andrebbe a chieder salute in un celebratissimo santuario, e prenotandosi perfino 8-10 giorni prima di poter essere visitati! Era fede cieca ed universale come per un oracolo che non possa sbagliare, e di cui solo Lui talvolta osava discutere i responsi!

E visse solo per i Suoi malati e per il Suo insegnamento, un insegnamento di pratica e tutto Suo particolare.

Egli non recitò mai alla lezione le teorie apprese dai libri; dettò piuttosto gli assiomi della scienza, che Egli formulava in base al diretto studio dell'ammalato ed alla immensa esperienza. Era questa l'attrattiva della Sua lezione.

La Sua vastissima aula, riempita, come il più frequentato teatro, da migliaia di uditori — studenti e medici, allievi e maestri —, era qualche cosa di spettacoloso; la religiosa attenzione e la sconfinata ammirazione dell'uditorio erano meravigliose. Non vi rimaneva un posto libero, non si sentiva un sussulto quando Egli parlava. Tutti pendevano dal labbro del grande Maestro, che ad un ingegno quanto mai poderoso, ad una dottrina profonda ed originale, ad una parola facile e precisa poteva aggiungere il frutto di un'esperienza sconfinata e mai da altri posseduta, come quella che Gli derivava da un esercizio professionale, che nessuno mai ha potuto avere così lungo e vasto, e dall'aver potuto ancora abbracciare tutto il campo della Medicina interna, prima che questa si scomponesse in tante diverse branche e si sbocconcellasse ancora in tante piccole porzioni. Con parola semplice incisiva solenne come quella di un evangelista, con gesto sobrio e composto Egli esponeva la storia clinica dell'infermo con la minuta esattezza che non è pedanteria, con la precisione che era tutta della Sua mente; raccoglieva innanzi all'uditorio i dati dell'esame obbiettivo con una finezza irraggiungibile, ne faceva prima l'analisi e poi la sintesi con un'abilità che era solo di Lui che tutto sapeva e tutto poteva vagliare; discuteva con lucidezza e precisione assolutamente sorprendenti; esponeva ed utilizzava le idee ed i fatti nuovi come il più giovane dei clinici; giungeva alla diagnosi nel modo più rigoroso e corretto; dettava la terapia con saggia sobrietà e con arte e sapienza insuperabili.

I Suoi sensi squisiti e meravigliosamente educati nel lungo diuturno sapiente esercizio, guidati da una mente superiore, Gli facevano diagnosticare anche quello che molti altri non sapevano riconoscere; i Suoi rarissimi errori Egli confessava e discuteva come le Sue diagnosi più geniali, e da essi traeva argomento per lezioni che erano tra le più belle.

E dalla Sua dottrina clinica, direttamente acquisita con l'osservazione personale, Egli trasse capolavori di scienza sempre applicata.

È ormai raro il Suo magistrale studio su « Gli aneurismi dell'aorta », che dal 1868 si mantiene ancora fresco ed interessante come se fosse d'oggi: fu la prima ed è ancora la migliore pubblicazione del genere fatta in Italia, fondata su numerose storie cliniche, illustrata con tutti i segni della semeiologia fisica e funziònale, e documentata con reperti necroscopici. Poco dopo, nel 1870, Egli scriveva « sulla risonanza di percussione toracica ascoltata dal cavo boccale » negli aneurismi aortici retrosternali, che contemporaneamente fanno anche sentire un soffio tubarico tracheale sul manubrio dello sterno. E nel 1879 ancora Egli descriveva pure la pulsazione trasversale del tubo laringotracheale negli aneurismi e nelle ectasie dell'arco aortico, quando il sacco incrocia il bronco sinistro e trasmette così alla trachea le sue pulsazioni; segno che è il più conosciuto nelle nostre scuole, e che a torto si confonde con quello di Oliver che consiste invece in una pulsazione verticale dello stesso tubo laringo-tracheale.

È del 1880 l'aureo libro « Sulle malattie nervose e funzionali del cuore »; un argomento che si direbbe oggi di piena attualità e che allora rappresentava un campo quasi inesplorato o male esplorato. Pochi fenomeni cardiaci di natura nervosa si conoscevano allora, e si classificavano con le nevrosi più che con le cardiopatie. Il CARDARELLI intraprese a studiarli tutti, non solo con la Sua arte meravigliosa di perfetto semeiologo e clinico ma con attitudini non meno perfette di fisiopatologo e di sperimentatore, ricavandone il capitolo magistrale sull'irritabilità del vago, i geniali esperimenti sull'azione dell'atropina nei cardiopatici, la magnifica prova della compressione del vago al collo.

A Lui ed a RUMMO si debbono anche i primi tentativi fatti per studiare l'energia latente ed il potere funzionale del cuore aumentando le resistenze periferiche, e propriamente comprimendo le due femorali, metodo di studio cui poi KATZENSTEIN non fece che dare il nome!

E sono di quell'epoca pure gli studii sul polso bigemino, sul polso alternante, sul polso raro permanente cui Egli applicò la prova dell'atropina, sulla sistole post-compensatrice, ecc.

Nel 1890 venne fuori l'altro prezioso libro « Sulle malattie del fegato », la fonte donde poi hanno attinto tutti i trattatisti di patologia epatica. Esso fu condotto con lo stesso metodo rigoroso degli altri lavori del sommo Maestro, ed è ancora e sarà sempre ammirabile per gli splendidi capitoli specialmente dedicati alla cisti da echinococco, alla cirrosi e particolarmente alla cirrosi malarica, alla litiasi biliare.

E pregevolissimi studii a Lui dobbiamo ancora sul sarcoma della pleura, sulle raccolte subfreniche, sulle leucemie e pseudoleucemie, sulle atrofie muscolari, sul morbo di Pick: essi ci fanno ritornare a quelle Sue splendide lezioni, che sono

sempre mirabile monumento di dottrina, di semplicità, di chiarezza e di senso pratico!

Anche quelle dell'ultimo decennio, tuttora in corso di pubblicazione, avvincono il lettore e lo rendono sempre più entusiasta di questo Maestro meraviglioso!

Egli, infatti, fu soprattutto un insegnante, ed un insegnante appassionato e di efficacia senza pari, sempre, settant'anni fa nei primordii delle umide e gloriose sale degl'Incurabili, quarant'anni fa nella Sua piena e feconda maturità alle Cliniche del Gesù e Maria, fino a quando tre anni fa, a 92 anni, lasciò l'insegnamento.

Della Clinica medica difese sempre l'integrità sostanziale come ne difese il carattere naturalistico italiano, anzi tutto napoletano. Ne difese strenuamente, con le parole e con i fatti, i diritti supremi sulle ricerche di laboratorio; e contro i delirii della Clinica analitica teutonica Egli si eresse fiero a difendere i diritti della Clinica osservatrice e sintetica, e vinse, e salvò la Clinica nostra dalla snaturalizzazione.

Per le Sue salde convinzioni non rifuggì dal mettersi contro chiunque, contro BACCELLI, contro COPPINO e contro tanti altri, poco curandosi se il difendere la verità e le Sue idee gli potesse costar caro.

Giacchè l'Uomo fu pari al Clinico. Una vita fatta di modestia di onestà di lavoro fu sempre la Sua, dedita completamente alla Scienza ed all'insegnamento, ai Suoi malati, alla Sua famiglia che adorava, al Suo paesello nativo che amava di affetto filiale. Esemplare anche qui: la Sua famiglia — famiglia di medici valenti e laboriosi — fu sempre in cima ai Suoi pensieri; la Sua Civitanova del Sannio, donde trasse i natali, Gli deve tante opere di beneficenza e d'igiene. Deputato, senatore, membro del Consiglio superiore dell'Istruzione pubblica, portò sempre in quegli alti consessi l'espressione della Sua rettitudine, del Suo buon senso, del Suo alto sapere.

Ma soprattutto fu Maestro insuperabile.

Dalla Scuola Egli acquistò tutta la Sua gloria e per la Scuola visse, quasi che dal contatto con i giovani traesse nuovo vigore e nuovi palpiti per il Suo vecchio corpo animato da uno spirito e da un pensiero che non conobbero stanchezza; giacchè Egli mai nulla perdette della poderosità della mente, della prontezza dello spirito, della freschezza delle idee.

E quando dalla Sua Scuola fu avulso, Egli sentì che era segnato il Suo destino!

Ve lo riportarono in braccio un giorno gli studenti Suoi. Quelli che volevano ancora sentirLo e quelli che volevano ancor essi aver l'onore di essere per un giorno Suoi allievi, andarono in più di mille a prenderLo a casa Sua; ed Egli tornò con loro su quella cattedra che era stata per tanti anni il Suo trono. Fu un'apoteosi mai vista: gli scolari che riportavano sulla cattedra il vecchio Maestro che n'era stato allontanato dalla legge! Aveva 92 anni suonati, ed Egli resistette mirabilmente a quell'emozione che avrebbe ucciso tanti altri meno forti. In piedi in quell'aula maestosa e scrosciante di applausi, con la solita voce ferma e robusta disse con meravigliosa chiarezza quel che Gli dettava l'animo suo esulcerato ed ancora servito da una mente sempre vigile e da una memoria sempre pronta. Tornò a casa tra il delirio degli studenti, che ne tirarono a braccia la carrozza, e promise di tornare spesso a rivivere quel che era stata tutta la Sua lunga vita!

Ma... non tornò più! Ed allora la Sua lena si spense, ed Egli lentamente serenamente si avviò verso la fine, a tutti perdonando e tutti benedicendo!

La Sua salma è passata in mezzo a tutta la popolazione attonita, giacchè Egli era l'unico medico tradizionalmente ovunque e da chiunque conosciuto, l'unico uomo di cui ovunque e con chiunque si poteva parlare come di persona universalmente nota e stimata!

La folla, adusata a vederLo tutti i giorni alla abituale passeggiata, è corsa tutta, senza che nessuno l'avesse chiamata, per onorarne al passaggio le venerate spoglie; muta, attonita, senza emettere una voce, senza dare un fiore, senza esprimere un compianto, come Lui aveva voluto.

Il miracolo è finito, il mito è svanito, l'Uomo leggendario è scomparso!

Prof. LUIGI FERRANNINI.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

L'Ars Medica di San Paulo (Brasile).

Il 10 dicembre u. s., presenti numerosi soci, ebbe luogo a San Paolo (Brasile) la seduta scientifica ordinaria dell'Ars Medica.

Per l'assenza del presidente prof. Bovero, in viaggio per l'Italia, l'adunanza era presieduta dal prof. Fenoaltea. Parlò per primo il prof. Tramonti sul « Contributo clinico alla terapia della paralisi progressiva col metodo di Wagner Juareg ». L'O. accennò dapprima agli studi di Wagner Juareg, studi che hanno aperto nuovo adito alle speranze di medici, e di malati, ed il metodo che da lui prende il nome. si è diffuso in tutti i paesi civili, di modo che si ha ormai una letteratura ricca di osservazioni e statistiche. In circa metà dei dementi paralitici, trattati con la malarizzazione, si nota un miglioramento, specie nella sfera psichica, miglioramento il quale in un buon numero di essi è così accentuato da permettere che essi ritornino alle consuete occupazioni.

Modificazioni si mostrano pure nella sindrome umorale del liquor, mentre variazioni più scarse si notano nei sintomi somatici e la Reazione di W. praticata dal siero di sangue permane in genere positiva.

Inoltre se ne ritraggono i migliori effetti negli stati iniziali della demenza paralitica e così pure se ne avvantaggiano più le forme espansive che le forme demenziali della paralisi progressiva.

Partendo da questi presupposti l'O. ha sottoposto alla malarioterapia un soggetto di 43 anni

con tutte le caratteristiche somatiche e psichiche della paralisi progressiva ed in cui la nota predominante era rappresentata, oltre che da grave deficienza della memoria dell'attenzione e della volontà, da uno stato di accentuato torpore e di apatia per cui l'individuo era diventato completamente inabile a proficuo lavoro e vegetava del tutto estraneo al mondo che lo circondava.

Dopo che si manifestarono gli accessi febbrili provocati, troncati facilmente dalla chinina, si ebbe una vera resurrezione — sopratutto dal lato psichico — del soggetto, caratterizzata dal ritorno dell'autocoscienza e dell'autocritica, dalla percezione e dalla memoria più lucide, più pronte, più esatte, dalla ricomparsa dei sentimenti morali più elevati, dal ripristino dell'attitudine al lavoro.

Ma la malarizzazione ha risoluto in modo radicale il problema della terapia della paralisi progressiva? Onestamente si deve rispondere di no. Già in primo luogo trattandosi di un metodo recentissimo, il quale ha solo una breve storia, sarebbe avventato pronunciare dei giudizi definitivi ed apodittici, e poi le sue applicazioni non sono universali ma limitate, ed in quanto ai risultati è più giusto parlare di remissioni, anzichè di guarigioni. Ma, pur volendo essere animati del più nero pessimismo, non si può fare a meno di riconoscere che il metodo di Wagner Juareg rappresenta qualche cosa di più di un semplice tentativo, e che esso costituisce un nuovo valido indirizzo di cura della paralisi progressiva, poichè è l'unico sussidio terapeutico capace di restituire — sia pure *pro tempore* — all'attività ed alla vita sociale la metà circa dei pazienti, destinati a naufragare irreparabilmente e più o meno rapidamente nei bui gorghi della demenza.

Ebbe poi la parola il prof. J. F. Recalde: « Drenaggio a sifone nella terapia della pleurite purulenta ». L'O. riferisce su due casi di empiema metapneumonico in bambini. Fa la critica della pleurotomia classica, della costo-pleurotomia ed insiste sulla frequenza della formazione di cavità pleuriche fistolizzate a causa della retrazione polmonare. Casi, questi, nei quali, attualmente, si ricorre alle grandi resezioni del torace osseo.

Preoccupato di trovare il modo di eliminare il pus dalla cavità pleurica senza lasciare entrare l'aria nella medesima, ha pensato che applicando un sifone alla cavità pleurica si poteva raggiungere lo scopo prefisso.

L'operazione è condotta con una puntura col bisturi nello spazio intercostale di elezione. Una sonda Pezzer aggiustabile al calibro della puntura è introdotta nella pleura, col suo madrino. Si chiude la sonda con una Kocher e si fa attorno una medicatura fissandola con lo sparadrappo. Una volta nel suo letto il malato, si stabilisce per mezzo di un intermediario di vetro ed un tubo lungo di gomma il sifone pieno di soluzione Dakin e che pesca sotto il letto in una catinella contenente lo stesso liquido.

Il pus scorre per il sifone fuori, e naturalmente il polmone retratto è subito sollecitato ad occupare il suo posto fisiologico.

Quando i coaguli di fibrina venissero ad otturare la Pezzer, questa è ripulita col mandrino, oppure lavata e cambiata. Se in questa manovra entra dell'aria nella pleura si ricorre alla aspirazione prima di ristabilire il sifonaggio.

Non pensa l'O. che questo metodo sia una novità, sebbene non sappia che sia stato già eseguito da altri, ma vuole richiamare l'attenzione dei colleghi sopra questo metodo semplice, che conduce a guarigione in tre settimane e che non produce il minimo traumatismo.

Nella discussione presero la parola il prof. Carini ed il prof. Manginelli.

Il prof. Manginelli riporta un caso, illustrato da radiografie, di torsione completa della regione pilorica di 180°. Il malato presentava da anni scarse sofferenze gastriche che lasciavano in dubbio se si avesse a fare con una forma organica o funzionale. L'esame radiologico dimostrò la detta deformazione. Un unico caso analogo; nella letteratura chirurgica, stando alla statistica riportata dal Meisels in « Acta Radiologica » nell'agosto '25, esisterebbero solo 12 casi; in tutti, come nel caso descritto dal prof. Manginelli, la sintomatologia era scarsa e vaga. Ha creduto opportuno riferire la deformazione da lui riscontrata, data la eccezionale rarità di essa.

In seguito i soci perpetui, ricordando il recente gravissimo lutto dell'ottimo consocio e amico dott. Priore, rinnovano al collega ed alla sua famiglia l'affettuosa espressione del loro più vivo cordoglio.

A. POZZI.

NOTIZIE DIVERSE.

Il XVIII Congresso Nazionale di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Poichè la « Associazione Italiana di Idrologia Climatologia e Terapia Fisica » ha stabilito di tenere a Milano il suo « XVIII Congresso Nazionale », è bene che sia in tempo richiamata l'attenzione su di esso, non solo dei Medici, ma altresì di tutti gli Enti pubblici e privati aventi rapporto con la Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica in generale.

Non vi è medico il quale non conosca l'importanza che, sia dal punto di vista scientifico che pratico, hanno oggidì assunto le discipline suddette: nè si concepirebbe oggi possibile fare astrazione da esse anche nella più modesta pratica medica; poichè non vi è forse una sola forma morbosa la quale non si possa, o non si debba, curare, in tutto o in parte, con razionali applicazioni idrologiche, o climatologiche, o di qualcuna delle numerose branche della Fisioterapia.

I temi principali di relazioni al XVIII Congresso riguardanti: 1) il meccanismo di azione delle acque minerali; 2) il soggiorno dei tubercolosi nei luoghi di cura, saranno svolti da personalità di alta competenza. Saranno, inoltre, accolte comunicazioni su qualsiasi degli argomenti

attinenti alle numerose branche suaccennate, ed anche studii medici aventi speciale riferimento alle singole Stazioni curative termali, climatiche, marine, ecc.

Per quanto riguarda queste ultime, un recente grande risveglio si è manifestato in Italia, e nello scorso ottobre si è riunito a Milano lo speciale « Comitato per la Talassoterapia », al quale hanno aderito personalità scientifiche di ogni parte d'Italia.

Al XVIII Congresso Idrologico, di Milano, interverranno indubbiamente alti rappresentanti della « Federazione Nazionale Fascista Industria Termale Idroclimatica », del « Consorzio Comuni di cura », ecc.; mentre si spera altresì che interverranno gli Enti che hanno cortesemente approvato il programma del Comitato surricordato, per la Talassoterapia, E.N.I.T., *Touring*, Comitato « Stampa Medica Italica », ecc. Il Comitato organizzatore nutre quindi piena fiducia che il XVIII Congresso riuscirà degno di Milano, degno della nuova Italia di Vittorio Veneto e della marcia su Roma.

Di carattere essenzialmente scientifico, ma aperto anche alle discussioni di carattere pratico (alle quali sarà dedicata apposita seduta) il Congresso di Milano accoglierà non solo medici e cultori di scienza, ma anche tutti coloro che si occupano praticamente dello sviluppo delle nostre Stazioni idroclimatiche, montane, marine, curative in genere; ed ogni Comune d'Italia potrà farvi udire la propria voce, in rapporto alle affermazioni di funzioni curative, affidate alle virtù delle proprie acque, del proprio clima, ecc.

È tempo oramai di valorizzare degnamente le meravigliose ricchezze naturali che l'Italia possiede e che debbono assicurarle, per la Idroclimatologia, il primo posto nel mondo.

Per informazioni scrivere al: « Comitato Congresso Idrologico », via S. Paolo, n. 10, Milano. Sono aperte fin d'ora le inscrizioni al Congresso con la quota di L. 30 per Medici, Chimici, ecc.; e di L. 50 pei Comuni e per gli Enti.

Giornate mediche marsigliesi e coloniali.

Organizzate da « Marseille-Médical », si terranno dal 20 al 24 aprile.

Il programma comprenderà una serie di conferenze (Cantacuzène di Bucarest: « Compito dello streptococco nell'eziologia della scarlattina »; Ottolenghi di Bologna: « Le acquisizioni recenti nella cura del cancro »; N. Berard di Saigon, Indocina: « Il beri-beri »; Imbert di Parigi: « L'innesto osseo », ecc.); dimostrazioni pratiche; una esposizione; escursioni (tra cui una in Corsica, una sulla Costa Azzurra, una in Provenza); ricevimenti, ecc. Quote: 50 fr. per gli aderenti, 25 per gli associati e gli studenti. La corrispondenza va diretta al Dr. André Sauvain, secrétaire général des Journées Médicales Marseillaises et Coloniales, allée Léon Gambetta 40, Marseille.

Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione.

Il Consiglio adunatosi in dicembre 1926, ha proposto l'approvazione degli atti dei seguenti concorsi:

Clinica delle Malattie mentali e nervose, a Sassari: Giuseppe Riquier; Stefano D'Antona; Vito Maria Busciano.

Fisiologia, a Cagliari: Clementi Antonio; Spadolini Igino; Visco Sabato.

Radiologia e Terapia fisica, a Pavia: Balli Roggero; Siciliano Luigi; Rossi Armando.

Direzione Scuola ostetrica di Verona: Odorico Viana; Francesco Spirito; Luigi Bacialli.

Parere favorevole al trasferimento del prof. Bolognesi Giuseppe di Patologia chirurgica a Siena, alla Clinica chirurgica nella stessa Università.

Ha approvato lo schema di nuovo Regolamento per il Consiglio stesso della P. Istruzione.

Ha designato i membri delle Commissioni giudicatrici per la promozione a stabile di varii professori.

Discorsi inaugurali per l'anno accademico 1926-27.

Bologna. — Prof. Ivo Novi: « Origini e attualità della antisepsi ».

Modena. — Prof. Eugenio Centanni: « Verso la redenzione dalla malattia ».

Napoli. — Prof. sen. Giovanni Pascale: « L'indirizzo chirurgico moderno e la Scuola medica napoletana ».

Pavia. — Prof. Ernesto Bertarelli: « Scienze sperimentali ed elevazione estetica e morale ».

Perugia. — Prof. Ivo Nasso: « Difendiamo il bambino ».

Sassari. — Prof. Luigi Preti: « Profilassi delle malattie sociali in Sardegna ».

Siena. — Prof. Rutilio Staderini: « Studi e studiosi della macchina umana ».

Torino. — Prof. Alfredo Corti: « Un sicuro primato italiano: Generazione spontanea e dottrina parassitaria dei morbi ».

Professori universitari a riposo per limiti d'età.

Compiono i limiti d'età nel 1927, per esser nati nel 1852, i seguenti professori:

Bocci Balduino, di Fisiologia umana, a Siena, nato a Potenza Picena (Ascoli-Piceno) il 1° luglio.

Ughetti Giambattista, di Patologia generale, a Catania, nato a Venaria Reale (Torino), il 1° luglio.

Morselli Enrico, di Clinica delle Malattie mentali e nervose, a Genova, nato a Modena, il 17 luglio.

Scimeni Erasmo, di Clinica oculistica, a Messina, nato a Salemi (Trapani), il 20 ottobre.

Lachi Pilade, di Anatomia umana normale, a Genova, nato a Siena, il 1° novembre.

Il Concorso di Anatomia patologica per Perugia.

In seguito alla decisione 9 ottobre 1926 con cui il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione IV) ha accolto il ricorso dell'interessato prof. Armando Businco, il Ministro della Pubbl. Istruzione con Decreto 10 dicembre 1926, ha revocato il Decreto 1° marzo 1926 con cui erano stati annullati e dichiarati di nessun effetto gli atti della Commissione giudicatrice del concorso di Anatomia patologica per la R. Università di Perugia. Gli atti quindi di questo concorso si intendono approvati con effetto dal 1° marzo 1926, non ostante il parere contrario del Consiglio della P. Istruzione.

Il Comitato per gli studi sanitari aeronautici ricevuto dal Capo del Governo.

L'on. Italo Balbo ha presentato al Capo del Governo i membri del Comitato centrale per gli studî sanitarî aeronautici, convenuti in Roma per l'annuale riunione, nella quale sono state trattate interessanti questioni riguardanti gli studi psicofisiologici.

Erano presenti il ten. gen. medico Calegari della Sanità militare, il ten. gen. medico Cavalli della Sanità marittima, il prof. Herlistka, il prof. Bastianelli, il prof. Bilancioni, il prof. Gabbi, il prof. Sclavo ed il ten. col. medico Di Nola, capo dell'Ufficio centrale di sanità del Ministero dell'Aeronautica.

Il Capo del Governo ha rivolto un cordiale saluto ai convenuti compiacendosi vivamente per l'opera compiuta e ringraziandoli per il contributo che essi apportano con la loro dottrina alla soluzione degli importanti problemi sanitari aeronautici.

Scuola di perfezionamento in clinica oto-rino-laringoiatrica a Pisa.

Il corso per la formazione di specialisti durerà tre anni ed avrà inizio il 1° febbraio; comprende dodici materie, impartite da dieci insegnanti. Tassa d'iscrizione e tassa di laboratorio rispettivamente L. 800 e L. 200 annuali; alla fine del terzo anno sopratassa di esame L. 150, e per l'esame di diploma L. 75; per il rilascio del diploma L. 300. Rivolgersi al direttore della Scuola, prof. Guglielmo Bilancioni.

Corso per ufficiale sanitario a Firenze.

Si terrà a partire dal 10 febbraio, per la durata di un bimestre, nel R. Istituto d'Igiene, diretto dal prof. Giuseppe Gardenghi, secondo le modalità solite; tassa L. 302.50 da corrispondere alla Cassa Universitaria (piazza S. Marco 2); iscrizioni presso la segreteria della Facoltà medica (via degli Alfani 33).

Corso di perfezionamento di clinica ostetrico-ginecologica a Cagliari.

Si terrà dal 1° febbraio al 31 marzo, nella R. Clinica ostetrico-ginecologica diretta dal prof. Michele Bolaffio e comprenderà: Seminario ostetrico, Diagnostica ginecologica, Operazioni ostetriche, Lezioni. I posti sono limitati a 20. Domanda in carta da L. 3; quota di L. 200 alla Cassa universitaria.

Per la sistemazione edilizia dell'Università di Genova.

Con R. decreto-legge n. 1974, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 277 dello scorso anno, ritenuta la necessità urgente ed assoluta di adottare provvidenze per l'assetto edilizio degli Istituti della R. Università di Genova, è stato autorizzato sui fondi degli istituti di previdenza un mutuo di L. 13,000,000 in favore del comune di Genova, al quale è affidata l'esecuzione dei lavori per la costruzione e la sistemazione di detti istituti universitari.

Per un grande Ospedale a Napoli.

Il Governo Nazionale, con visione elevata e profonda coscienza dei bisogni della metropoli meridionale, ha destinato 40 milioni per un grande Ospedale che alleviérà la misera sorte dei reietti.

Un nobile telegramma dell'on. Pietro Castellino ha degnamente ringraziato il Duce della sua umanitaria decisione.

Prima mostra della donna e del bambino.

Durante i mesi di maggio e luglio si terrà a Torino, nel Parco del Valentino, una mostra intitolata « La donna e il bambino nel loro regno » sotto gli auspici del Fascio di Torino, della Federazione « Pro Piemonte » e di altre Associazioni industriali e commerciali della città. Sarà ripartita in 14 gruppi comprendenti varie categorie, tra cui:

Gruppo I: *La donna*: Igiene generale e prodotti relativi; Prodotti igienici per il periodo della gestazione; Igiene alimentare della puerpera e della nutrice; Estetica ed igiene dei capelli, della bocca e del corpo; Profilassi e materiale sanitario; Farmacopea domestica.

Gruppo II: *Il bambino*: Igiene generale e prodotti relativi; Prodotti igienici per l'allevamento del bambino; Profilassi e materiale sanitario.

Gruppo III: *La casa*: Riscaldamento, ventilazione, illuminazione; Impianti sanitari.

Gruppo IV: *La cucina e gli alimenti*: Alimenti e bevande.

Gruppo V: *Il lavoro della donna*: Levatrice, infermiera, nutrice, bambinaia; Scuole per infermiere.

Gruppo VI: *Il dopolavoro*: Istituzioni igieniche.

Gruppo X: *La scuola*: Igiene scolastica; Educazione fisica; Colonie alpine e marittime.

Gruppo XIII: *La campagna ed i viaggi*: Stazioni climatiche e balneari.

Saranno anche tenuti concorsi varî e organizzate attrattive e trattenimenti.

Gli uffici hanno sede a Torino (108), via Cesare Battisti 1.

Spedizione internazionale per lo studio della malattia del sonno.

E' stata organizzata dalla Società delle Nazioni allo scopo di studiare a fondo la malattia del sonno nella regione dove essa è maggiormente diffusa.

La spedizione fu decisa in seguito ad una conferenza tenutasi in Londra nel 1925 per lo studio di energici provvedimenti atti ad impedire il diffondersi del terribile flagello, che minaccia la vita stessa delle grandi colonie africane.

La Commissione è presieduta dal dott. Duke, scienziato inglese che da lunghi anni dedica tutta la sua attività allo studio di questo morbo. Ne fanno parte il belga dott. Van Hoof, il francese dott. Lavier, il portoghese dott. Prates, l'italiano dott. Mario Peruzzi, maggiore medico della R. Marina, insegnante nella nostra Scuola di Sanità Militare Marittima.

In memoria del prof. Lucatello.

Per onorare la memoria del prof. Luigi Lucatello, il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Padova deliberava di aprire una pubblica sottoscrizione per la fondazione di una Borsa, a carattere assistenziale, intitolata al suo nome.

Gli automobili dei medici non avranno la precedenza a Parigi.

Il Comitato municipale per la regolazione del traffico a Parigi ha rigettato una istanza avanzata dai medici, affinchè le loro automobili godessero di speciali diritti di priorità nelle strade, in casi di chiamate urgenti. L'esenzione stabilita per i carri dei pompieri, nei riguardi delle norme per il traffico stradale, è stata estesa alle auto-ambulanze, quando trasportano pazienti; ma il Comitato ha deciso che, se il privilegio venisse accordato ai 5000 medici di Parigi, esso si presterebbe ad abusi incontrollabili.

Si è spento a Firenze, in età di 84 anni, il prof. GIORGIO ROSTER, che per 40 anni aveva impartito l'insegnamento dell'igiene in quell'Istituto di Studi Superiori, oggi Università, fino a quando nel 1918 dovette ritirarsi dalla scuola perchè raggiunto dai limiti d'età. Mente eclettica, lascia una copiosa e varia produzione scientifica, aggirantesi intorno ai 150 lavori. È diventato classico il suo volume « La climatologia dell'Italia nelle sue attinenze con l'igiene e l'agricoltura ». Rivestì anche la carica di consigliere del Comune. Fu un patriota fervente e durante la grande guerra prestò opera attiva di sanitario e d'igienista malgrado l'età avanzata. Era decorato della medaglia d'oro dei benemeriti della salute pubblica. Gli era stata consegnata la tessera *ad honorem* del partito fascista.

Si è spento il dott. FRANCESCO PAOLINI, che per oltre un trentennio fu medico condotto e ufficiale sanitario del comune di Jesi. Nobile figura di professionista e di cittadino, prestò la sua opera con alto senso del dovere e con abnegazione, guadagnandosi la universale stima.

V G.

POSTA AMMINISTRATIVA.

Uno svegliarino ai ritard tar

Le ricresciute spese di mano d'opera tipografica per il nuovo caro-vita concesso agli operai grafici di Roma, che è salito dall'85 all'88 per cento sul salario percepito, ed il rialzato prezzo della carta ci obbligano alla più rigorosa economia nella stampa delle copie del *Policlinico*, così da dovere limitare la tiratura alla quantità puramente necessaria per l'invio a coloro che sono in regola con i propri obblighi di abbonamento del 1927 verso la nostra Amministrazione.

Si fa pertanto appello a coloro che sono ancora inadempienti, a volere ottemperare a tale impegno senza ulteriore indugio. È questo un dovere che, chi non ha disdetto l'abbonamento, deve assolvere *spontaneamente* senza costringere l'Amministrazione a sollecitazioni « ad personam » per le quali occorrono spese molto onerose.

Si rammenta che aggiungendo al prezzo di abbonamento — L. 5 se in Italia o L. 10 se all'Estero — si acquisterà il diritto di ricevere, franco di porto, il semi-premio: *Una gloria della medicina italiana: Marcello Malpighi*, scritto dal dott. prof. M. Cardini, docente di Storia della Medicina nella R. Università di Roma.

Per inviare quanto è dovuto, servirsi di Vaglia Bancario esigibile in Roma o di Vaglia Postale tratto sull'Ufficio di Roma Succursale 18, intestato al signor LUIGI POZZI, Via Sistina, 14.

"IL POLICLINICO"

SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il fascicolo 1 (15 Gennaio 1927) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - G. BETTAZZI: Sul tetano cefalico.
II. - M. FANUCCI: Sopra una ciste da echinococco retroperitoneale della fossa iliaca destra e del fianco.
III. - A. MERLINI: Il tempo di emorragia negli epatici.

RIVISTA SINTETICA:

G. ZANOTTI: La radioterapia del cancro della lingua.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 5.

I non abbonati a detta Sezione Chirurgica potranno riverli inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, *aggiungendo* per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

Altre Riviste non di nostra edizione concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO" pel 1927:

Rivista di Malariologia. Rivista bimestrale.

La **Rivista di Malariologia** vanta la direzione dei più illustri studiosi italiani della malaria: **V. ASCOLI, C. BASTIANELLI, A. BIGNAMI, A. DIONISI, E. MARCHIAFAVA, G. SANARELLI**, ecc. Accentra i progressi che vengono compiuti dalle nostre conoscenze sulla malaria in tutti i Paesi. Reca **contributi originali, relazioni, studi riassuntivi, recensioni sistematiche, atti ufficiali, notizie**. È organo ufficiale della Società per gli Studi della Malaria e di altri Enti. La redazione ne è affidata al dott. **L. VERNEY**. Si pubblica in densi e ricchi fascicoli, copiosamente illustrati.
Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **75**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **35**; Estero L. **65**.

Annali d'Igiene.

Periodico mensile diretto dal prof. sen. **GIUSEPPE SANARELLI** della R. Università di Roma. In densi fascicoli illustrati e corredati di tavole. Accoglie **memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno** e una copiosa rubrica di **recensioni**, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di **legislazione, amministrazione e giurisprudenza sanitaria e notizie varie**.
Abbonamento annuo: Italia L. **60**; Estero L. **100**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **55**; Estero L. **95**. Ai medici condotti associati al «Policlinico» gli «Annali d'Igiene» sono offerti al prezzo di favore di L. **50**, ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi **esclusivamente** alla nostra Amministrazione e più precisamente al Signor LUIGI POZZI, in via Sistina, 14, Roma.

Rivista di Clinica Pediatrica.

La **Rivista di Clinica Pediatrica**, periodico mensile illustrato, si pubblica a Firenze.
Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903, non ha mai interrotto le sue pubblicazioni, anche nei momenti più difficii della guerra e dell'immediato dopo guerra. È ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, CARLO FRANCIONI, DANTE PACCHIONI, GENNARO FIORE**, ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Bologna, Genova e Pisa.
Continuando a pubblicare memorie originali, la «Rivista di Clinica Pediatrica» nel 1927 darà speciali cure alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini. Essa si preoccuperà delle importantissime questioni sociali che hanno rapporto coll'infanzia e ne terrà informati i suoi lettori.
Sarà poi corrisposto alle esigenze dei medici esercenti mediante la trattazione di argomenti e la raccolta di notizie, che hanno attinenza più stretta colla pratica professionale.
Abbonamento annuo: per l'Italia L. **50** — per l'Estero L. **110**. — Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **46** — per l'Estero sole L. **105**.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilolofia.

(Continuazione del GIORNALE DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE).

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **C. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali, riccamente illustrati, e raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia.
Abbonamento annuo pel 1927: per l'Italia L. **100** — Per l'Estero L. **140**. — Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **95** — Per l'Estero L. **135**.

La Salute e l'Igiene nella Famiglia.

Questa interessante rivista si è ormai affermata brillantemente sia in Italia che nelle nostre colonie all'estero per l'utilità del suo contenuto. Essa è diretta dal dott. ESCHILO DELLA SETA e vi collaborano parecchi valorosi colleghi. LA SALUTE E L'IGIENE NELLE FAMIGLIE è una lettura gradita per la sua varietà scientifica alla portata i tutti e grandemente proficua.
L'abbonamento annuo per l'Italia, costa L. **12**. — Per gli associati al «Policlinico» sole L. **10**.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «**per l'Ufficio postale Succ. diciotto**», ROMA.
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

V. ASCOLI, Red. resp.

Stab. Tipo-Litografico Armani.

ANNO XXXIV Roma, 7 Febbraio 1927 Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

AVVERTENZA Il volume del dott. M. CARDINI: **LA VITA e L'OPERA di MARCELLO MALPIGHI** concesso agli abbonati del *Policlinico* in semi-premio, ossia

franco di porto per sole L. **5** se in Italia o per sole L. **10** se all'Estero

(il prezzo del volume è di L. **20** **più le spese postali di spedizione)**

è finito di stampare e si sta confezionando. È riuscito un elegante volume di pagg. VIII-124 ed è corredato di un ritratto del grande biologo che l'Italia vanta fra le sue glorie.

Per dare modo a chi è in ritardo nel corrispondere il proprio abbonamento di ottenere il volume al suddetto *prezzo di favore*, il tempo utile per fruirne viene *dilazionato al 20 febbraio, termine improrogabile*. Perciò anche coloro che trascurarono di aggiungere L. 5 o L. 10 al già inviato prezzo di abbonamento, possono profittare di questa proroga per rimettere tale importo ed anch'essi verranno inclusi nella spedizione del volume che sarà prossimamente iniziata. L'AMMINISTRAZIONE.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI VIADANA.

Un intervento per ferita del cuore

per il prof. VINCENZO LUCCARELLI, chirurgo-direttore.

Riferisco questo caso di ferita del cuore, interessante sia perchè il proiettile attraversò completamente il ventricolo destro consentendo la permanenza del corpo estraneo per 44 ore, sia perchè si sarebbe ottenuta la guarigione spontanea se non vi fosse stata intolleranza assoluta per la presenza del proiettile nel sacco pericardico, sia infine, per il buon esito operatorio conseguito.

Z. A., di Enrico, di anni 14, da Pomponesco, la mattina del 27 giugno 1923 fu ferita accidentalmente da un cugino che alla distanza di circa cinque metri le aveva puntata, per ischerzo, la rivoltella. L'amm. avvertiva un urto al torace sinistro, gettava un grido ed in preda a spavento, tenendosi la mano sul petto, cercava uscire di casa. Sopraggiunti i famigliari la facevano rientrare in casa ove sedutasi sopra una sedia e mentre si slacciava gli abiti veniva colta da senso di soffocazione ed affanno. Da sola raggiunse la sua stanza da letto salendo una scala in muratura ed aiutata dai parenti si coricava vestita perchè sentiva mancargli le forze. Sopraggiunto il medico, questi dubitò che il cuore fosse interessato e mi fece chiamare.

Visitai l'amm. due ore dopo il ferimento, alle 12 circa. Teneva la posizione seduta come quella che meno disturbi le arrecava alla respirazione e le diminuiva il senso di ambascia. Aveva il capo eretto e l'occhio irrequieto ed indaginoso. Pallida e lievemente bagnata da trasudazione fredda. Polso ritmico, piccolo e frequente. Pulsazioni 85. Respiro ritmico frequente, superficiale, eguale in entrambi gli emitoraci, 25 al minuto.

Non accusava dolori, si lamentava di un vago senso di costrizione al torace, massime al giugolo, e provava uno spiccato senso di debolezza generale.

Ponendosi supina od imprimendo al corpo posizioni laterali, il polso aumentava di frequenza, si accentuava la costrizione e la debolezza, l'ammalata si sentiva a mancare ed era costretta a riprendere la posizione seduta.

Nel terzo spazio intercostale sinistro sulla parasternale si nota un piccolo foro leggermente ovalare del diametro di 4-5 mm. che rasenta il margine superiore della quarta costa. Non vi è foro di uscita.

L'ascoltazione del polmone non rivela nulla di anormale; quella del cuore fa notare i toni alquanto profondi e lievemente soffianti in tutti i quattro focolai di ascoltazione abituale. La percussione del torace dà risultato negativo; soltanto l'area cardiaca appare alquanto ingrandita.

Non vi è stato vomito nè ematemesi. Nessun punto, ad eccezione della ferita, è dolente alla pressione o spontaneamente.

La sede della ferita ed i sintomi rilevati inducono a pensare ad una ferita del cuore, e poichè le condizioni della malata lo permettono la faccio trasportare all'ospedale.

Come rilievo medico-legale in rapporto al percorso ed alle azioni che possono compiere i feriti al cuore, dirò che l'amm. contrariamente alle istruzioni date, non solo completò da sola il proprio abbigliamento ma anche da sola discese le scale e raggiunse l'automobile.

Il viaggio di cinque chilometri fù compiuto senza sofferenze rilevanti. Quando giunse all'ospedale era pressochè nelle condizioni precedenti; soltanto sentiva il bisogno di porsi in letto ed evitare scosse.

In letto riprese la posizione seduta e malgrado il divieto si ostinava a voler parlare con una frequenza ed una copiosità verbale che aveva del verbiloquio; Polso 90, Respiro 27, Temperatura 37.

Applicata la vescica di ghiaccio sul torace, questa diede un immediato vantaggio in quanto l'amm. provò benessere e sentì diminuire il profondo senso di calore che avvertiva dietro tutta la regione sternale sino al giugulo.

Dopo un breve riposo l'amm. viene sottoposta all'esame radiologico; che riesce molto laborioso stante la irrequietezza ed insofferenza della inferma; tantocchè si è costretti a ricorrere allo stativo del Boidi-Trotti ed a giovarsi di artifici per impedire le radiazioni luminose del tubo.

L'esame praticato dall'Assistente radiologo, dottor E. Lolli, dà questo reperto: Corpo estraneo con ombra di due cent. mobile con i movimenti di lateralità dell'individuo; Lieve versamento pericardico.

Non si esegue la radiografia per le condizioni della malata.

Per quanto il reperto radiologico consideri il proiettile presente e mobile nel ventricolo destro, tuttavia principalmente per la lunghezza (cm. 2) che in senso verticale assume l'ombra del proiettile durante le pulsazioni del cuore rispetto al suo calibro reale di 6 × 3 mm. e per il discreto spostamento trasverso che l'ombra compie nei movimenti laterali, giudico che il proiettile debba trovarsi libero nel sacco pericardico. Questo giudizio ed il rilievo dello scarso versamento mi decidono a soprassedere ad un intervento; sperando, invece, di rendere l'amm. possibilmente una portatrice se — come in taluni casi è avvenuto — nessun'indicazione sorgerà per un intervento.

Un'altra considerazione in favore di questo giudizio era dato dal fatto della piccolezza del proiettile, di 6 × 3 mm. e dal suo scarso potere di penetrazione, dovuto alla vecchiaia ed umidità della carica. Ciò che, insieme allo scarso versamento pericardico, potevano fare ammettere la sola perforazione del pericardio o, se perforazione del cuore vi fosse stata, la possibilità di una guarigione spontanea. Sembrava, infatti, verosimile pensare che il proiettile vecchio, di calibro piccolo, sparato ad una distanza proporzionalmente discreta e che per giunta, così come dimostrava l'esame della ferita, aveva smorzato il suo potere penetrativo urtando e contundendo il margine superiore della quarta costa, avesse potuto soltanto perforare il pericardio o semplicemente contundere od appena parzialmente interessare la parete anteriore del ventricolo cardiaco.

Durante il resto del giorno e parte della notte le condizioni della malata rimasero invariate e con una tendenza al miglioramento. Dopo la mezzanotte, invece, senza una causa apprezzabile si sono avuti sudori copiosi, accessi di soffocazione e spiccato senso di costrizione alla gola; Polso 95; Respiro 30; Temp. 37,8. Alla mattina del 28 le condizioni erano tornate discrete, il polso era sceso ad 80, temperatura 37,4; il respiro 20.

Durante il giorno l'amm. si ristabilì di tanto da illudere che si potesse evitare l'intervento.

Alla sera, però, ricomparve quasi improvvisamente, ed ancora senza una causa apprezzabile, un nuovo accesso accompagnato, questa volta, oltrecchè dal senso di soffocazione e da sudori anche da discreta subcianosi, aritmia e qualche intermittenza.

Poichè un nuovo esame del torace non mi rivelò alcun fatto evidente a carico dei polmoni e del cuore, all'infuori della lieve ampiezza dell'area cardiaca, già rilevata, pensai che gli accessi fossero, verosimilmente, da attribuirsi alla intolleranza del proiettile ed alla azione stimolante da esso esercitata. Prolungandosi l'accesso decisi di intervenire la notte stessa, ma essendo, poi migliorate le condizioni della malata durante i preparativi, potei operarla al mattino.

In terza giornata, 44 ore dopo il ferimento, coadiuvato dai dottori Lolli e Sannazzaro praticai l'intervento sotto narcosi etero-morfo-atropinica.

Incisione curvilinea a convessità sternale dalla seconda alla settima costa sinistra: Resezione della terza, quarta e quinta costa con sportello a cerniera sternale: Allacciatura della mammaria sinistra: Pericardiotomia: Estrazione del proiettile dal sacco pericardico: Sutura del pericardio con permanenza di zaffo: Sutura della parete con zaffo pleurico.

L'intervento procedè sollecito e senza inconvenienti da parte della malata: Dovetti soltanto sostituire, temporaneamente, con una suora, uno degli Assistenti perchè impressionato dalla vista del cuore pulsante e dalla schiuma che il suo dibattito provocava nello scarso versamento ematico endopericardico.

Il seno pleurico potè scollarsi con facilità e non si trovò per nulla interessato dal proiettile nè dalle manovre operatorie. Nel pericardio si rinvenne una modica quantità di sangue liquido che divenne schiumoso ed oscurò il campo. Esplo

rando col dito la cavità pericardica incontrai sulla sua parete posteriore, libero, il piccolo proiettile che estrassi. Perchè il cuore non sfuggisse di mano lo afferrai con una sottile compressa di mussola e lo sollevai; Dopo avere detersa tanto la superficie del cuore come la cavità endopericardica procedei all'esame: Sulla parete anteriore e sù quella posteriore del cuore, e precisamente sulla porzione mediana del ventricolo destro, pressocchè al medesimo livello, si notavano due piccole ferite lineari di cinque o sei mm. di lunghezza, disposte trasversalmente all'asse longitudinale del corpo, circondate da una macchia ecchimotica di un cent. circa di diametro. Le ferite erano entrambe collabite e ricoperte da un esile strato di sangue pressocchè coagulato; Sulla superficie interna della parete posteriore del pericardio, in corrispondenza del livello del foro cardiaco, vi era ugualmente una ecchimosi di forma irregolarmente circolare e del diametro approssimativo di due o tre centimetri.

Stante la esiguità delle ferite, la scarsissima emorragia cui avevano dato luogo precedentemente, e la perfetta tenuta di esse non giudicai necessario suturarle.

Attraverso la sutura del pericardio, praticata con càtgut zero, posi un sottile stuello di garza come zaffo; Altro zaffo, più cospicuo, posi attraverso la sutura della parete toracica per drenare la pleura.

L'amm. che aveva sopportato ottimamente l'intervento, ebbe pure un risveglio sollecito e regolare; Si mantenne tranquilla, in posizione supina e contenta sino alla sera. Temperatura 38, Polso 82, Respiro 24.

Durante la notte, però, si fece agitata ed al mattino il polso ritornò piccolo, frequente, aritmico ed intermittente e ricomparve lo stato di ansia ed uno spiccato pallore.

Da un esame praticato non rilevai nulla a carico dei polmoni, delle pleuri e del pericardio che potesse giustificare questo stato di cose. La temperatura era intanto discesa a 37,2; il polso invece era a 90 ed il respiro a 28. Pensai quindi, che potesse trattarsi semplicemente di intolleranza per gli zaffi e seduta stante li tolsi. Ottenni, così, un improvviso miglioramento.

Miglioramento che progredì ogni giorno più rendendo l'amm. contenta ed inattesamente priva di qualsiasi sofferenza. In sesta giornata tolsi i punti e dall'esame praticato rilevai subottusità alla base del torace sinistro; Non febbre, però, nè tosse.

La sera del settimo giorno, invece, il 6 luglio, l'amm. presentò elevazione termica (38) colpi di tosse e respiro alquanto affannoso, nonchè sfregamento pleurico basale sinistro. Il 7 luglio estrassi 200 cmc. di liquido siero ematico; la febbre, la tosse e la frequenza del respiro si attenuarono.

Una nuova toracentesi praticata il 14 luglio diede esito a 350 cmc. di liquido poco ematico ma purulento e alquanto fetido. L'esame microscopico del versamento non rivelò presenza di germi. Una toracentesi praticai il 20 ed un'altra ancora il 25 estraendo ogni volta 250 cmc. di liquido schiettamente purulento. La temperatura, intanto, si manteneva a 37,4 al mattino e 38 la sera; L'amm. non era sofferente e la tosse e l'affanno erano scomparsi. Il 28 luglio mi decisi ad aprire la parte inferiore della incisione operatoria e attraverso ad essa raggiungere la cavità pleurica; Ciò che valse a drenare sufficientemente la raccolta ed a permettermi di praticare quotidiane lavature con acqua ossigenata della pleura sinistra.

Da questo momento le condizioni migliorano di giorno in giorno celermente e l'amm. potè essere dimessa dall'ospedale il 12 agosto avendo bisogno di ancora poche medicazioni per fare cicatrizzare la piaga muscolo cutanea.

Mi sono occupato ancora di questo argomento (*La chirurgia del cuore*, tipografia Cavalda, Viadana, 1920) e ad esso rimando il lettore per tutti i dettagli e dati. Nel caso presente rilevo brevemente che esso è importante perchè la guarigione delle ferite del miocardio sono guarite spontaneamente: perchè è verosimile che se non vi fosse stata una particolare intolleranza per il proiettile l'intervento poteva essere evitato; perchè malgrado la ferita l'amm. fu in grado di compiere lungamente movimenti e più ancora ne avrebbe compiuti se fosse stata lasciata libera. Dal lato operatorio rilevo che lo sportello a cerniera sternale, interna, con la resezione della terza, quarta e quinta costa hanno risposto egregiamente a rendere la visibilità completa e l'intervento rapido e privo di postume conseguenze necrotiche e statiche della parete toracica.

Ho riveduta di recente l'amm. Essa è sempre stata bene, ha potuto accudire liberamente ai lavori di casa e di campagna e non ha mai avuti disturbi respiratori o cardiaci. L'esame della regione operata, oltre alla cicatrice irregolare soltanto nel punto in cui permase lo zaffo, presenta un lieve avvallamento in corrispondenza dei punti ove fu praticata la resezione costale. Non vi è rientranza intercostale sistolica; l'area cardiaca è normale; normali sono pure i toni. A tre anni di distanza non si rilevano, quindi, alterazioni funzionali, disturbi soggettivi, minorazioni organiche che possano imputarsi alla ferita od all'intervento: Il torace è in toto bene e simmetricamente sviluppato; parimenti il seno è vigoroso e simmetrico. Nulla si rileva, pure, dall'esame radiografico. Ci sarebbe da fermarsi sulla suppurazione sopravvenuta, tanto più che, come si disse, la pleura non era stata interessata dal proiettile e neanche dalle manualità operatorie; ma questa è una evenienza abbastanza comune e temibile. Nel caso nostro in cui si ebbe un vero e proprio empiema con sacco pleurico integro non si può certamente attribuire l'infezione a deficienza di asepsi, ma deve logicamente attribuirsi ad una concomitanza dovuta al trauma operatorio.

La spiccata e particolare intolleranza del pericardio per i corpi estranei è, in questo caso, dimostrata non solo dalla scomparsa completa dei gravi disturbi allorquando fu allontanato il proiettile ma anche dal ripresentarsi degli uguali disturbi appena cessata l'azione della anestesia e similmente spariti con l'allontanamento dello zaffo.

La piccolezza del proiettile ha consentita la guarigione spontanea delle ferite ed escluso la possibilità di accidenti postumi e tardivi.

Alla estesa casistica da me riferita ne *La chirurgia del cuore* (tip. Cavalda - Viadana, 1920),

qui aggiungo la letteratura che da allora ho raccolta. Cito anzitutto un caso non operato, ed anche a me sfuggito nel mio lavoro, che ha importanza per gli esiti delle ferite del cuore non operate. Si tratta di una osservazione del dott. Nicolò Frisi medico di Corato (Bari), riferita nel n. 6 dell'anno 1834 pag. 610, dell' « Antologia medica » di Valeriano Luigi Brera, tipog. A. Bazzarini, Venezia, 1834. In quell'epoca, in cui si sosteneva che: Lethalia sunt ex necessitate ac insanabilia vulnera quae cordis substantiam penetrant: Haec enim protenus hominem e vita tollunt; e Mariano Sante confermava che: dicimus igitur omnia vulnera substantiam cordis offendentia esse mortifera, ecc.; in quell'epoca, questo caso di ferita perforante del cuore, potè sopravvivere per dieci giorni, dopo di che morì per sincope dovuta a fuoriuscita dei coagoli che sino allora e con promettente stato del malato avevano reso il cuore contenibile.

Journal de chirurgie, pag. 526, 1920.
Rivista Ospedaliera, pag. 655, 1920.
D. MARTELLI. Tip. S. Bernardino, Siena, 1920.
MAQUOT et COSTANTINI. Revue de Chir., pag. 257, 1920.
Journal de Chir., 1920, pag. 383 e 447.
Zentralblatt fur Chir., 1920, pag 1114.
Zentralblatt fur Herz. und Gefàsshranh., Oct. 1920.
Zentralblatt fur Chir., 1920, pag. 748.
Journal de Chir., 1920, pag. 320.
Policlinico, Sezione pratica, 1921, pag. 155.
Journal de Chir., 1921, pag. 496 - 249 - 170 - 171.
Bull. d. Soc. médic. des hôpit. de Lion, 6 fevrier, 1923.
Zentralblatt fur Herz. und Gefässhranh., n. 3, 1922.
Med. Journal of Australia, 21 Janv. 1922.
Journal of the Amer. med. Ass.. 29 avril 1922.
MONTANARI. *La chirurgia del cuore*, 1923.
PUCCINELLI. Bollett. della Regia Accadem. medica di Roma, 1924.
MAMBRINI. Società italiana di chirurgia, XXXII Congr., 1925.
Policlinico, Sez. Pratica, pag. 1571 - 1926.
Le Scalpel, n. 32, 1926.

CROCE ROSSA ITALIANA.
AMBULATORIO MEDICO-CHIRURG. DI BARAGIANO SCALO.

Emiglossite postparatifica destra.

Dott. EDUARDO LO SCHIAVO, direttore.

Per quanto si può ritenere frequente la glossite superficiale, che meglio potrebbe rientrare nel capitolo delle stomatiti (Broca), quella profonda o parenchimale è la più rara e forse la più importante per il quadro clinico e per gli accidenti a cui può dar luogo.

La glossite profonda può manifestarsi sotto forma di flemmone o, nelle forme più attenuate e circoscritte, come ascessi, e con sede varia, mediana o laterale.

Nella prima forma trattasi di una linfocellulite dello scarsissimo connettivo intramuscolare e del connettivo sottomucoso, ridottissimo sul dorso della lingua.

La rarità delle flogosi acute profonde della lingua contrasta con la frequenza di infezioni acute a carico degli altri organi del cavo bucco-faringeo, i quali frequentemente ammalano per la ricchezza di germi ospiti abituali delle primissime vie digerenti e respiratorie, e per la facile esaltazione della loro virulenza sotto l'influenza di condizioni molteplici, facilmente determinantisi.

Se le glossiti acute totali sono rare, ancor più lo sono quelle a carico di metà dell'organo, specie se tali fin dallo inizio della manifestazione del flemmone, quando ancora il processo infiammatorio non si è circoscritto, determinando la formazione di ascesso.

Bennet (*Wash. Med. Ann.*, 1906-7, vol. V, pagina 267), nella sua statistica riferisce solo 36 casi di glossite acuta di uno dei due lati; nè posteriormente in quest'ultimo ventennio i casi illustrati furono molto numerosi. In genere si osservò che principalmente nelle forme ad andamento più mite si ebbe la localizzazione del processo infettivo acuto, fin dal periodo iniziale flemmonoso, ad uno dei due lati.

Interessante perciò può essere la illustrazione del caso di emiglossite destra, recentissimamente occorso alla mia osservazione, con note cliniche del massimo interesse.

M. D., a. 20, studente. L'11 giugno c. a. si ammalò di infezione intestinale da B. paratifo B, accertata con emocultura; la malattia decorse con periodo febbrile di circa 15 g., e la convalescenza fu altrettanto regolare.

Il 3 agosto successivo, dopo strapazzo, l'infermo avvertì malessere generale e vaghe trafitture nella metà destra della lingua. Quivi successivamente dopo circa 12 ore notò aumento di volume, di poi gradualmente progrediente, fino a raggiungere in 2 giorni dimensioni doppie del normale. Contemporaneamente dolore lancinante alla lingua, con irradiazioni alla guancia d., disfonia, impossibilità di deglutire cibi anche se misolidi; stentata deglutizione di piccole quantità di liquidi; abbondante salivazione. Le arcate dentarie erano divaricate, ed a livello dei premolari distavano tra di loro 1 cm. La punta della lingua era spostata verso sinistra, fino a raggiungere il canino di sinistra e sporgeva dall'arcata dentaria di qualche centimetro; sull'arcata dentaria inferiore poggiava il margine d. della lingua, tumefatto, arrotondato per l'aspetto globoso, assunto da tutta la metà d. della lingua; essa era di volume doppio del normale, specie nella metà ant. Sulla superficie superiore ed inferiore si notavano le impronte dei denti; la mucosa si presentava normale, fortemente impatinata anche sulla

parte sana; verso la faccia inferiore a destra era tesa, arrossata. L'edema diminuiva verso la base della lingua e si intravedevano pilastri, tonsille e faringe normali; pavimento orale libero. La metà d. della lingua si presentava di consistenza duro-elastica; era fortemente dolente, specie a livello dei premolari. Non carie dentarie in atto; protesi multiple di rivestimento ad ambo i lati ben conservate. Nulla di abnorme nelle cavità nasali. Temperatura 37°,8 C.

Colluttorii caldi, empiastri di linseme nella regione sopraioidea laterale d.: al 3° giorno l'edema si circoscriveva verso il dorso e sul margine linguale, specie a livello dei premolari, dove successivamente si formò una tumefazione della grandezza di una piccola mandorla. Al 4° giorno da essa si aspirò con siringa sterile del pus, dal quale si isolò il bacillo paratifo B, in cultura pura. In seguito il pus defluì spontaneamente dal foro della puntura esplorativa, ed in 8° giorno si ebbe restituzione presso che al normale delle dimensioni e della forma della lingua; ne residuò un lievissimo aumento *in toto* di volume della metà d.

Si continuano i colluttori caldi. In decima giornata l'edema della metà d. della lingua ricompare, progressivamente estendentesi dalla metà anteriore alla base, fino a livello dei pilastri; raggiunge la metà d. dimensioni maggiori che nel primo periodo e si ripresenta tutto il corteo dei sintomi subbiettivi e funzionali, principalmente respiratori. Nella metà posteriore d., il solco gengivo-linguale è leggermente edematoso, però è conservata la sua forma, che si continua in avanti con profondità perfettamente normale sulla linea mediana. La metà d. della lingua anteriormente è dura elastica, verso la base è dura fibrosa, ed è dolentissima, specie sul margine e verso la faccia superiore a livello del 1° molare. Temperatura 38°-37,8°.

Si praticano colluttori caldi ed empiastri caldi al collo a destra; dall'11° giorno a giorni alterni, iniezioni di vaccino (1) allestito dal B. Paratifo B isolato dal primo ascesso. Al 12° giorno si ha remissione dei fenomeni flemmonosi, i quali gradualmente si vanno attenuando, ed al 14° giorno sul margine linguale a livello dei molari si presenta una tumefazione, che nel giorno successivo, limitandosi, assume i caratteri della prima. La puntura esplorativa dà esito a pus, che continua a defluire attraverso il forame anche successivamente. Scomparsa graduale della tumefazione, fino alla restituzione al normale delle dimensioni e della forma della lingua in 18ª giornata

Il caso innanzi illustrato è degno di considerazioni varie, in genere concordanti con quanto fu notato dagli altri AA. nei casi di emiglossiti. In merito all'età il nostro caso non offre occasione a considerazioni speciali, nè gli altri AA. vi rilevarono alcunchè di speciale sull'argomento. Solo Butlin conclude che le glossiti sono più frequenti negli adulti e che si presentano più frequentemente negli uomini che nelle donne.

L'importanza del caso innanzi illustrato diviene maggiore considerando che la flogosi acuta della lingua insorse dopo l'infezione intestinale da B. Paratifo B. Nella letteratura non mi è riuscito trovarne altri casi.

Si può spiegare la insorgenza di essa con la presenza in circolo di germi, i quali si siano localizzati nella lingua per cause che sfuggono ai nostri apprezzamenti. Ciò si può desumere dalla sede di inizio della infezione nella metà destra della lingua, tenuto conto che mancarono cause traumatizzanti o soluzioni di continuo apprezzabili della mucosa linguale o infezione del faringe, ecc.

La ricchezza della anastomosi delle vie linfatiche sottomucose fra i due lati spiega invece il manifestarsi della infezione totale della lingua (più frequente), sia quando esistano soluzioni di continuo dela mucosa linguale, sia che esistano infezioni degli organi vicini, quali delle tonsille, delle glandole salivari, ecc.

Tale concetto sostenuto da Combier e Murard (*La Presse médicale*, 13 settembre 1922) nella patogenesi delle glossiti unilaterali fu confermato da Worms e Berger (*La Presse médicale*, 11 novembre 1922); questi ultimi credono che il setto linguale costituisce una barriera al diffondersi della flogosi all'altro lato e credono perciò che in tali casi l'infezione parta dal centro dell'organo.

Conforta tale concezione il reperto batteriologico e culturale del pus ricavato dal primo ascesso, poichè, se l'infezione si fosse originata dal cavo orale, facilmente altri germi, ospiti abituali della bocca, si sarebbero associati al bacillo paratifo B, isolato invece in cultura pura.

Inoltre la sede laterale in cui ebbero a formarsi gli ascessi, nella loggia compresa tra l'iioglosso e il genioglosso, dimostra che la origine probabile della infezione fu dai vasi linguali, così come Kilian sostiene avvenga in tali casi.

Lo strapazzo, che precedette all'insorgenza dell'emiglossite, può soltanto invocarsi come causa debilitante dell'organismo, poichè nel primo periodo della malattia la osservazione diretta, potuta compiere a carico della retrobocca e del faringe, fece escludere la presenza di faringiti, tonsilliti, le quali, come le infezioni delle glandole salivari, furono menzionate come precedenti morbosi della glossite.

Nella letteratura sono noti altri casi insorti in seguito ad infezione tifoidea, a eresipela, a vaiuolo, ecc. In nessun altro caso fu isolato il B. Paratifo B sia in coltura pura che associata. In ge-

(1) Il vaccino come le prove culturali e batteriologiche del pus furono allestiti presso la R. Clinica Chirurgica di Roma.

nere prevalsero le infezioni miste. Le forme più gravi di glossite furono quelle nelle quali si isolò lo streptococco: la glossite streptococcica, secondo Butlin e Spencer (*Disease of the tongue*, 1900) assumerebbe caratteri diffusivi del processo infiammatorio oltre che alla lingua a volte anche al collo ed agli organi endotoracici. Nelle infezioni da germi meno virulenti, quali lo stafilococco, il B. di Ebert, ecc., si ha, come nel nostro caso, una maggiore localizzazione del processo infiammatorio, e la formazione di ascessi, i quali possono spontaneamente aprirsi e vuotarsi nel cavo orale.

La formazione di ascessi secondo Bennet si ebbe soltanto in un terzo dei casi di glossite profonda. Lo stesso Autore riferisce che su 36 casi di emiglossite 20 interessavano il lato sinistro ed in 8 soltanto di essi si ebbe la formazione di ascessi. Nel nostro caso, come in pochi altri quindi, ed in un caso di recente illustrato da Kendiriy e Lapouze (*Arch. Intern. de Laryng.*, anno XXIX, t. II, pag. 326) la glossite interessava il lato destro.

Per quanto riguarda l'insorgenza della malattia, come in tutti gli altri casi, l'inizio, in quello in trattazione, fu brusco e preceduto soltanto da lieve malessere generale. Come di solito avviene, il gonfiore nella lingua prese il sopravvento sui transitori fenomeni prodromici, che in alcuni casi consistono in vaghi dolori, sensazione di peso e di inceppo della lingua. Così d'ordinario l'edema della lingua si accresce rapidamente di ora in ora, fino a raggiungere il massimo delle dimensioni in 24-36-60 ore. Ed essa mal contenuta nel cavo orale, prolassa dall'arcata dentaria, che vi imprime, come nel nostro caso, l'impronta, specie in corrispondenza degli incisivi. In esso, in cui il gonfiore era limitato alla metà destra della lingua con spostamento e deviazione della sua punta verso sinistra, il pavimento orale era soltanto leggermente infiltrato nella seconda fase della malattia, in cui era maggiormente interessata la base della lingua e soltanto in corrispondenza della metà posteriore il solco gengivo linguale si presentava leggermente spianato.

Ma a volte l'edema oltre che al pavimento orale si diffuse anche ai pilastri faringei, aggravando le difficoltà respiratorie, le quali sono causa dei disturbi più notevoli.

Il dolore nel nostro caso era limitato alla metà destra della lingua, e si avevano irradiazioni alla guancia dello stesso lato; ma non mancano i casi in cui si ebbero irradiazioni oltre che alla mascella anche all'orecchio: questa seconda eventualità sarebbe dovuta ad interessamento del nervo della corda timpanica.

Nel nostro caso anche la difficoltà respiratoria fu maggiore nella seconda fase quando l'edema della base della lingua era più intenso.

L'impossibilità della masticazione e la difficoltà di ingestione persino di sostanze liquide, oltre che gli altri fenomeni subiettivi, resero il decorso inquietante, specie nella fase in cui i disturbi respiratorii erano maggiori. Neppure nel nostro caso si ebbero elevazioni termiche notevoli.

Per le eventuali formazioni di ascessi e quindi per la linea di condotta da tenere in interventi d'urgenza, credo che sia utile il punto di maggiore dolorabilità, localizzato in una zona circoscritta: tale dato nel nostro caso precedette effettivamente alla formazione di accesso tanto nella prima che nella seconda fase della malattia.

La diagnosi fu potuta porre nel caso innanzi illustrato con dati clinici diretti; ma spesso gli Autori dovettero poter escludere o i calcoli salivari o la ranula acuta ovvero l'herpes della bocca, del labbro, della lingua, del faringe o il flemmone del pavimento orale. Quando nelle forme basali v'è contrazione delle mascelle, con impossibilità di esplorazione accurata del cavo bucco faringeo, può sorgere confusione di diagnosi anche col flemmone glosso faringeo.

Importante il nostro caso per il sussidio vaccino-terapico, essendosi gli ascessi, ad estrinsecazione laterale, vuotati con puntura esplorativa e di poi drenati attraverso il foro di penetrazione dell'ago. In merito si potrebbe pensare che la natura muscolosa dell'organo faccia ridurre di per sè il cavo ascessuale vuotandosi, e facendo accollare le pareti. Così si spiega come frequentissimamente dopo vuotamento spontaneo od anche con semplice puntura esplorativa ed evacuatrice del cavo ascessuale si sia avuta pronta guarigione.

Nelle forme basali e centrali in alcuni casi si dovette procedere ad incisioni per via sopraioidea. Quando l'edema della lingua diveniva minaccioso, in altri casi, furono praticate, a scopo decongestionante, incisioni anteroposteriori sul dorso della lingua. Aumentando i fenomeni asfittici alcuni trovano l'indicazione per la tracheotomia.

La mortalità nei casi di glossite acuta profonda secondo la statistica di Bennet risulta nel 3 % dei casi. Rarissima è la formazione di zone cangrenose. Nei casi in cui si ebbe cronicizzazione del processo residuò macroglossia. In genere però come nel nostro caso, dopo 8-15 giorni si ha la risoluzione della flogosi acuta, cessando od attenuandosi gradualmente i disturbi funzionali in tale periodo di tempo.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ancora della cura abortiva delle malattie infettive nostrane colle iniezioni di latte.

Prof. dott. T. SILVESTRI
già aiuto nell'Istituto di Patologia Medica nella R. Università di Modena.

L'osservazione spassionata mi incoraggia sempre più a ricorrere alle iniezioni di latte precocissime nelle malattie infettive nostrane tutte, senza aspettare di aver formulata, accertata la diagnosi.

La diagnosi precoce e precisa, se è condizione *sine qua non* per intraprendere una cura razionale, efficace nelle malattie, poche purtroppo, contro le quali ci gioviamo di una terapia specifica (sifilide, difterite, ecc.), non è poi indispensabile per iniziare un trattamento energico, pronto nelle altre infezioni, nelle quali Clinica e Laboratorio si accordano nel riconoscere che la siero- e vaccinoterapia sia omologa che eterologa agiscono allo stesso modo, ossia come proteinterapia in genere; non solo ma che le iniezioni endomuscolari o sottocutanee di latte, mentre accoppiano gli stessi vantaggi, sono esenti da ogni inconveniente, da ogni controindicazione.

L'uso del latte, come dissi altrove, non solo è preferibile per la facilità di procurarselo, di sterilizzarlo, per l'azione terapeutica più fedele, ma perchè non lascia ipersensibilità, così che può sempre usarsi nello stesso individuo in qualunque momento si presenti l'occasione, senza paura di fenomeni anafilattici.

Adoperate con varia fortuna dai diversi autori, e dallo stesso autore nella medesima malattia ma in tempi diversi, le iniezioni di latte sono state tentate da me sistematicamente nelle malattie infettive nostrane fin dal loro nascere, senza preoccuparmi della diagnosi, allo scopo di giugularle, di stroncarle, che è lo scopo supremo di ogni terapia; basandomi sul principio che se l'organismo possiede in se stesso tutto un mirabile sistema di difesa per resistere un tempo più o meno lungo contro l'aggressione di germi infettivi, non bisogna aspettare di venirgli in aiuto quando questo cede; sibbene è doveroso di intervenire tempestivamente, ossia precocissimamente per aumentare i poteri defensionali ed impedire che i bacilli vi si installino a loro agio, quando non si abbiano sostanze che direttamente attacchino i germi, o neutralizzino l'azione dei veleni risultanti dal loro ricambio o dissoluzione.

Nella prima nota al riguardo (1) riportavo 36 osservazioni e cioè:

- 2 di reumatismo poliarticolare;
- 4 di erisipela;
- 1 di morbillo;
- 15 di probabile febbre tifoide in senso lato;
- 9 di probabile influenza;
- 5 di pneumonite;

in 33 delle quali le iniezioni di latte, iniziate in 2ª, 3ª, 4ª giornata al massimo di malattia, produssero dopo un lieve ed effimero rialzo termico, un miglioramento ed una guarigione rapida (4ª giornata al massimo dal principio della cura).

Nella pneumonite in tutti i casi l'inizio della malattia datava da 24-30 ore.

In 3 l'infezione (tifoide) ha seguìto fatalmente il suo corso; a nulla valsero tutti gli altri sussidi terapeutici messi in opera. Le iniezioni endomuscolari di latte praticate a giorni alterni alla dose variabile di 2-2 ½ cmc. furono di regola 2: solo in qualche caso di tifoide arrivai a 3, benchè tutti i fenomeni fossero scomparsi, nella tema di ricadute. Qualche volta mi sono servito del caseal.

Ora dispongo di altre 45 osservazioni, così elencabili:

- 3 di erisipela;
- 6 di morbillo;
- 8 di reumatismo poliarticolare;
- 3 di parotite;
- 13 di probabile influenza;
- 14 di probabile febbre tifoide (tifo, paratifo).

Nei 3 casi di erisipela grave della faccia, con diffusione alle orecchie e al cuoio capelluto in individui dai 45 ai 60 anni, visitati in 2ª, al massimo al principio della 3ª giornata, con temperatura a 39,5-40,1 subdelirio, dopo 2 iniezioni di latte si ebbe caduta critica della febbre, sensorio libero, euforia, sensazione di fame.

Diminuzione spiccata, progressiva dei fatti locali, che in 3-4 giorni sono passati a guarigione.

Nel morbillo tutti in 1ª-2ª giornata del periodo di invasione, dopo la 1ª iniezione comparsa dell'esantema tipico, che ha guadagnato tutto il corpo in poche ore.

Dopo la 2ª iniezione (qualche volta brevissimo rialzo termico) impallidimento e pronta scomparsa dell'esantema, della febbre, ecc.; tutto il ciclo si svolge in 3-4 giorni.

I medesimi risultati ottenni nella *parotite epidemica* e nel *reumatismo poliarticolare.*

Due iniezioni sono state sufficienti per la scomparsa dei fenomeni generali e l'inizio di regres-

---

(1) T. SILVESTRI. *Tentativo di cura abortiva delle più comuni malattie infettive nostrane colla proteinoterapia aspecifica.* Riforma Medica, 1926, n. 2.

sione dei fatti locali, la quale in breve (4-5 giorni) è stata completa.

Con tutto ciò in alcuni casi ho praticato anche una 3ª iniezione, ben sapendo la tenacia e la facilità di ricaduta di questi processi morbosi.

Nella influenza, intervenendo nel 1° o 2° giorno, 1 o 2 iniezioni di latte hanno avuto immediata ragione della malattia, la quale si è esaurita inoltre senza lasciare malessere, inappetenza, dolori, nè le successioni abituali.

In 11 casi di febbre tifoidea, tutti osservati in 2ª-3ª giornata, la malattia è stata stroncata con due iniezioni, sempre praticate a giorni alterni; con tutto ciò sistematicamente ho fatta una 3ª iniezione nella tema di ricadute.

In un negoziante di 32 anni, che era stato malato un mese prima di erisipela alla faccia, accompagnato a grave ittero, e a fenomeni generali imponenti, e che presenta ipertrofia epatosplenica, bevitore impenitente, solo dopo la 3ª iniezione si ebbe la scomparsa della febbre e di tutti i fenomeni generali.

Negli altri 2 (fra cui un collega di 40 anni) ad onta delle iniezioni precocissime (2ª giornata) il risultato è stato nullo non solo, ma la malattia ha proseguito con decorso grave, ribelle a qualunque trattamento. L'esito letale è avvenuto rispettivamente in 8ª-9ª giornata di malattia. Qui la diagnosi clinica di tifo è stata convalidata da altri colleghi.

Queste due osservazioni accennate nella nota precedente dimostrano, se confermate, che le iniezioni endomuscolari precocissime di latte, non hanno solo un valore curativo, ma anche prognostico; la loro inefficacia sarebbe di cattivo augurio.

Ma le iniezioni precocissime di latte avrebbero anche in certi casi un valore diagnostico; nelle forme esantemiche, ad es., procurano la comparsa precoce dell'esantema (vedi anche T. Silvestri in *Pathologica*, novembre 1924), ed anche nella febbre tifoide, o meglio supposta tale, non di rado fin dalla 1ª fa capolino un tumore di milza, che poi cede sotto la cura.

Questi risultati che abbiamo molto sommariamente riportati, possono essere interpretati come la conseguenza di una fortuita coincidenza?

Nella totalità dei casi noi abbiamo potuto stabilire con certezza l'inizio preciso della malattia, seguirla scrupolosamente, annotando tutto quanto avveniva nei più minuti particolari.

Le iniezioni di latte sono state seguite da guarigione pronta, duratura per lisi rapida e all'infuori di reazioni violente di choc umorale: solo la temperatura subisce un lieve rialzo dopo la 1ª iniezione (½ grado), rialzo, che meno costante e ad ogni modo meno intenso, fugacissimo può ripetersi dopo la 2ª.

Le ricerche ematologiche eseguite in qualche caso di tifo, a guarigione appena avvenuta, han dato i seguenti risultati:

a) emocoltura negativa;

b) Widal positiva in 2 per il b. di Eberth, in 1 per il paratifo A;

c) reperto istologico presso chè normale, quasi costante una eosinofilia non spiccata.

Ora se non si può negare che le malattie infettive nostrane presentino non di rado forme abortive, crisi spontanee, rapide anche in casi di botto gravi, gravissimi (iperpiressia, turbe generali imponenti, ecc.), di fronte alla costanza dei risultati, alla guarigione cioè rapidissima delle medesime colle iniezioni endomuscolari di latte esito che invano ho atteso in moltissimi casi di controllo, tenuti in osservazione contemporaneamente, meno gravi, clinicamente almeno, e trattati come di consueto, parmi che il giudizio sulla bontà del trattamento debba essere tenuto in seria considerazione.

Ad ogni modo, data la semplicità e l'innocuità del metodo, credo valga la pena, anzi sia doveroso tentarlo, il problema presentandosi non solo di interesse clinico-terapeutico, ma, ed in specie, sociale.

Modena, 24 agosto 1926.

NOTA. — Avendo ricercato sistematicamente fino a quanto tempo dopo l'inizio del tifo (in senso lato), le iniezioni di latte sono capaci di effetti abortivi immediati, o per lo meno di effetti utili, ho potuto convincermi che:

a) fino a 5-6 giorni è possibile non di rado la guarigione rapida, immediata anche;

b) un raccorciamento ed una attenuazione spiccatissima della sindrome si può avere fino all'8°-9° giorno di malattia: dopo i risultati sono infedeli, spesso nulli, e sovente accompagnati ad inconvenienti (reazioni generali, locali, ecc.), sebbene mai paragonabili a quelli della vaccinoterapia in genere.

Pubblicazione interessante:

Prof. CARLO BASILE
Diplomato in medicina tropicale al Royal College of Phisicians a. Surgeons (Londra) - Libero docente in Parassitologia - R. Clinica Medica di Roma.

Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del Prof. **VITTORIO ASCOLI**
Direttore della R. Clinica Medica di Roma.

Un volume nell'ampio formato della nostra Collana Manuali del « Policlinico », di pag. XII-262, stampato su carta semipatinata con 18 tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 33. Per i nostri abbonati sole L. **29.50** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Il chinino nelle malariche gravide.

Dott. GINO DE-VECCHI.

Il Gaglio, sperimentando sulle rane, dimostrò che per l'azione della chinina, i muscoli diventano capaci di un maggior sforzo di lavoro, si trattava però di una eccitazione passeggera, alla quale rapidamente subentrava uno stato depressivo.

Torti e Monteverdi sostenevano di poter provocare aborti con il chinino. Il Marfori invece scrive che il chinino può dare aborti allorchè è preso in dose venefica. Chirone sosteneva che il chinino, può provocare contrazioni sul muscolo uterino, e tale azione sarebbe tanto più manifesta ad utero sviluppato, quindi egli sostenèva: colla somministrazione del farmaco, probabilità di parti prematuri ma non di aborti. Il Ghoi riferisce 46 casi di donne gravide trattate con chinino a scopo antimalarico, e riferisce che anche in seguito alla somministrazione di forti dosi del farmaco, non ebbe a riscontrare alcun effetto dannoso sul prodotto del concepimento.

Il Rubino, nel suo manuale di terapia clinica, dà grande importanza alla soluzione del problema della cura delle malariche gravide, sostenendo essere tutt'altro che rara la eventualità di aborti o di parti prematuri in seguito alla somministrazione di chinino, e consiglia prudenza nell'uso del medesimo.

Tali discordi pareri potrebbero rendere titubante il medico pratico, che avendo a curare malariche gravide, di fronte al timore di eventuali gravi responsabilità che potrebbero essergli imputate, sarebbe indotto a rinunciare a quell'unico ed efficace rimedio antimalarico che è il chinino, o per lo meno a farne un uso insufficiente, e ciò a tutto danno delle ammalate. Orbene trovandomi ad esercitare in condotta malarica, ho potuto fare alcune osservazioni che più avanti riferisco, e sarò lieto se esse potranno portare un modesto contributo alla soluzione pratica del delicato problema.

Durante la campagna aprile-novembre 1926, su un totale di quattrocento malarici circa, ebbi ad osservare diciotto malariche gravide: di esse cinque erano gravide all'ottavo mese, due al settimo, tre al sesto, tre al quinto, due al quarto, due al terzo, ed una al secondo — quattordici erano affette da terzana, due da quartana, una da estivo autunnale ed una da forma atipica. Nella pratica ambulatoria quotidiana, in un paese ove per ragioni di profilassi e di cura antimalarica, il chinino è a portata di tutti, talvolta mi era accaduto di vedere donne gravide, le quali a scopo abortivo e per l'azione ecbolica che il farmaco volgarmente gode, avevano ingerito forti dosi del medicamento, senza per altro ottenerne l'effetto propostosi; una giovane donna aveva ingerito una dose si forte di chinino da presentare sintomi di avvelenamento, mentre non si ebbe interruzione della gravidanza. Indotto da ciò a ritenere che l'azione ecbolica dell'alcaloide nei primi mesi di gravidanza debba essere nulla, somministrai senz'altro chinino alle malariche gravide fino al quinto mese, senza infatti averne alcuna dannosa conseguenza.

Per le altre dal sesto mese in avanti, temendo l'azione ecbolica del farmaco, somministrai chinino sia per bocca che per via ipodermica, associandovi qualche preparato oppiaceo, pantopon o laudano, allo scopo di controbilanciare l'eventuale azione ecbolica stessa.

Orbene sulle diciotto malariche gestanti da me osservate e trattate chininicamente in tal modo a scopo antimalarico, in una sola si ebbe l'interruzione della gravidanza per sopravvenuto parto prematuro con feto vitale e vivente, e precisamente in una delle cinque gravide all'ottavo mese. Il parto iniziò un'ora circa dopo l'iniezione di un grammo di chinino e durante un attacco febbrile iniziatosi subito dopo la iniezione, sicchè anche qui sarebbe da vedere, se la provocazione del parto debba implicarsi all'azione ecbolica del farmaco, od allo stato di iperpiressia malarica.

In tutte le altre non ebbi ad osservare il benchè minimo incidente in seguito alla cura chininica, sicchè esse poterono essere portate a completa guarigione continuando poscia regolarmente nel loro stato di gravidanza.

Da quanto sopra voglio trarre alcune pratiche considerazioni:

1) In tutte le gravide malariche si deve senza esitare, iniziare regolare trattamento chininico.

2) L'azione ecbolica del chinino sembra devesi temere ad utero sviluppato (6° mese in avanti) mentre essa è certamente nulla o trascurabile nei primi mesi di gravidanza.

3) Nella cura delle malariche gravide oltre il sesto mese, a controbilanciare l'azione ecbolica che il chinino può esercitare, azione ecbolica sulla quale da molti si è evidentemente esagerato, si associerà al farmaco ed a semplice scopo precauzionale, la somministrazione di qualche preparato oppiaceo (dieci-dodici goccie di pantopon o di laudano subito dopo la iniezione od un'ora dopo la somministrazione di chinino per bocca).

Paullo Milanese, 24 novembre 1926.

COMMENTI.

Il problema dell'anestesia nella pratica privata.

Chiarissimo signor Direttore,

leggo nel fasc. 51, 1926 del « Policlinico, Sez. Pratica » un lavoro del dott. F. Repaci su « Il problema dell'anestesia nella pratica privata », sul quale mi permetto fare qualche osservazione.

A proposito dell'anestesia locale, il Repaci scrive che in pratica essa non è priva d'inconvenienti. Certo questa anestesia richiede conoscenze precise di anatomia topografica ed una tecnica rigorosa, ma ammesse quelle, che cosa vi è da temere infiggendo l'ago nei tessuti, *alla cieca*, come dice il Repaci? Anche se l'anestetico penetra in circolo, che cosa dobbiamo temere, quando si adopera una sostanza priva di tossicità, come la novocaina, se usata in dosi e concentrazioni basse?

Siamo d'accordo con l'A. quando dice che in certi individui non possiamo servirci dell'anestesia locale: si tratta di soggetti eccitabili, che gridano pel dolore che non sentono e che il solo toccamento rende inquieti. Mi è capitato di vedere infermi nei quali la sola maschera umida sul viso è bastata a dare ad essi l'impressione di essere sottoposti alla narcosi e di condurre l'operazione tranquillamente in anestesia locale. Fortunatamente tale categoria di pazienti non è molto estesa. D'altra parte non è detto che l'operando debba vedere ciò che si fa su di lui.

Scrive il Repaci che il « chirurgo non potendo « ottenere sin dal principio dell'operazione l'ane- « stesia superficiale e profonda, deve necessaria- « mente interrompere il suo lavoro per ripren- « dere la siringa piena dell'anestetico ed infil- « trare i piani profondi e ciò stanca un poco e « distrae dall'atto operativo, mentre lo prolun- « ga ». Anzitutto non è necessario infiltrare i tessuti in due tempi, perchè con una tecnica precisa si fa l'anestesia superficiale e profonda contemporaneamente, infiggendo l'ago profondamente, secondo i casi, e ritirandolo, mentre si continua ad iniettare la sostanza anestetica. Comunque, quale difficoltà grave sarebbe il praticare una seconda infiltrazione, prolungando così di una diecina di minuti la durata dell'intervento, in confronto dei ben noti vantaggi che si ottengono?

Sulla possibilità che l'anestesia locale non sempre riesca, mi permetta l'A. di assicurargli che, se vengono usate sostanze attive in dosi opportune, in soluzioni fresche ed in giusta concentrazione, ed iniettate con una tecnica esatta, l'anestesia locale coeteris paribus non fallisce mai. Le medesime condizioni sono necessarie perchè l'anestesia duri circa *due ore*, tempo nel quale possono compiersi anche i più difficili interventi.

Un ultimo rilievo sui dolori postoperatori nei casi trattati con l'anestesia locale. Il dolore postoperatorio è stato talvolta osservato, perchè qui manca l'ottundimento della sensibilità, che si ha dopo le narcosi cloroformiche ed eteriche, ma riterremo questo un inconveniente o piuttosto un benefizio, da un certo punto di vista, dell'anestesia locale?

Le precedenti linee mi sono state dettate dalla constatazione che molti colleghi, sopratutto pratici, parlano ancora di inapplicabilità in certi casi dell'anestesia locale. In una monografia (1) ed in altri studi ho dimostrato che l'anestesia locale (intendendo con questo nome l'anestesia locale propriamente detta e l'anestesia regionale) può essere applicata con successo in ogni intervento di pratica corrente. Il sobrio lavoro del dott. Repaci è l'esponente di una categoria di colleghi, i quali riserbano l'uso dell'anestesia locale ai piccoli interventi, mentre proprio nei grandi interventi essa è davvero preziosa. Ogni sforzo per divulgare questo metodo va fatto, a mio avviso, perchè possa essere applicato sempre più su larga scala, con benefizio degli operandi e sicurezza degli operatori.

Gradisca, signor Direttore, i miei ringraziamenti ed i miei ossequi.

Napoli, 7 gennaio 1927.

Dott. F. BUONOMO LA ROSSA.

(1) *Manuale di Anestesia regionale e locale.* Napoli, 1925; Ediz. della « Rass. Intern. di Clinica e Terapia ». (In collab. con R. Riccio).

☛ ***Interessante pubblicazione:***

Dott. CARLO SANTORO
Assistente negli Ospedali Riuniti di Roma

SINDROMI D'URGENZA

Cause, Diagnosi e terapia

Prefazione dei Professori
TITO FERRETTI e **GIOVANNI ANTONELLI**
Chirurgo Primario — Medico Primario
negli Ospedali Riuniti di Roma

Un volume in-8° di circa 400 pagine, nitidamente stampato su carta semipatinata. In commercio L. **45** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **41.75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Cura chirurgica della colelitiasi.

(HABERER. *D. Zeit. f. Chir.*, vol. 195, marzo 1926).

In questo suo lavoro molto esteso Haberer espone gli insegnamenti ricavati dalla sua grande pratica (ha eseguito 565 operazioni sulle vie biliari). Si pone anzitutto la domanda perchè i medici inviino con tanta riluttanza al chirurgo i sofferenti di calcolosi biliari. Statistiche delle stazioni di cura tedesche danno una percentuale del 23 % di tali malati che sono stati trattati operativamente, mentre tutti gli altri sono sottoposti a cura medica. La causa di ciò sta, secondo Haberer, nella mortalità operatoria troppo elevata che, dalla statistica di Hotz di 12,000 operazioni, risulta del 9,2 %. Quali sono i modi per diminuirla?

In primo luogo conviene fare delle operazioni precoci non nel senso dell'età ma in rapporto all'epoca di durata dei disturbi. La lunga durata della malattia porta notevoli danni alle condizioni generali dell'individuo per cui l'intervento rappresenta un pericolo grave, tanto più che di solito questi malati arrivano dopo aver tentato invano per lunghi anni la cura medica e cercano nell'operazione l'ultima ratio.

Le cause di mortalità operatoria sono numerose. Anzitutto la peritonite; questa se non è in rapporto alla malattia dipenderebbe spesso dalla tecnica del chirurgo che « non deve distaccare bruscamente la cistifellea e asportarla con l'idea di non dovervi impiegare più tempo che nell'asportare l'appendice ». Un'altra causa è il voler eseguire sempre la colecistectomia. Nei casi con aderenze, con pareti infiammate è meglio fare la colecistostomia e in un secondo tempo l'ectomia se ci sarà bisogno. Così come non si asporta l'appendice quando c'è l'ascesso.

Talvolta la peritonite è in rapporto alla cura post-operatoria. Egli se deve drenare lo fa con un tubo e una lunghetta. In 12ª giornata leva la garza e accorcia a poco a poco il tubo. Ha osservato due casi in cui tolto il drenaggio in 4ª giornata si è sviluppata una peritonite mortale. Va posta una cura speciale nella chiusura del cistico e dell'arteria cistica. Se si vuole chiudere per primam è necessario di peritonealizzare molto accuratamente il letto della cistifellea e il cistico. Al minimo dubbio usa lasciare un tubo di vetro che toglie dopo 48 ore, in circa la metà dei casi da lui recentemente operati di colecistectomia ideale si è comportato così senza dover lamentare nessun inconveniente.

Quando interviene per altre cause e trova calcoli nella cistifellea pratica la colecistolisi per evitare il drenaggio. In 11 casi non ha notato recidive.

Per quanto riguarda l'operazione nell'attacco acuto le statistiche hanno dimostrato che la mortalità è doppia in questi casi. L'intervento è indicato se i sintomi dell'accesso permettono di sospettare la possibilità di una perforazione imminente.

In rapporto alla tecnica operatoria non consiglia di praticare sempre la revisione delle vie biliari se non ci sono dati che possano far pensare alla presenza di calcoli in queste vie. Se si interviene su queste vie consiglia di usare il drenaggio all'esterno con il tubo di Kehr.

Non è partigiano invece della coledocotomia transduodenale per la possibilità di ledere il pancreas nè del drenaggio interno del coledoco effettuato con la divulsione della papilla. In alcuni casi ha ottenuto buoni risultati con la coledocoduodenostomia.

VALDONI.

Ricostruzione dopo operazioni mal riuscite sulle vie biliari.

(P. WALZEL. *D. Zeit. f. Chir.*, vol. 195, marzo 1926, pag. 26).

Su 650 operati sulle vie biliari nella clinica di Eiselsberg è reintervenuto 34 volte per la persistenza di disturbi o per l'insorgenza di alterazioni connesse all'intervento operativo.

In un primo gruppo di casi si trattava di stenosi cicatriziale dell'epatico, stenosi determinata da manovre operatorie.

In 3 casi, operati fuori dalla clinica, durante la colecistectomia era stato leso l'epatico, in 2 dopo l'applicazione di un drenaggio a T era sopravvenuta una obliterazione totale dell'epatico e infine nell'ultimo caso, 8 mesi dopo una colecistectomia decorsa senza complicazioni improvvisamente comparve ittero e acolia. La prognosi di questi casi è gravissima oltre che per le difficoltà di tecnica operatoria anche per le gravi condizioni generali. La preparazione dei monconi fra la massa cicatriziale è difficilissima: in un caso venne lesa la porta e ne conseguì un'emorragia mortale, altri tre pazienti morirono per emorragia colemica, uno per cirrosi biliare dopo che la stenosi era recidivata subito dopo l'operazione. Una sola paziente sopravvive, in questa era stato possibile di anastomizzare i due monconi con un drenaggio riassorbibile.

Il secondo gruppo è rappresentato dai dolori conseguenti ad aderenze post-operatorie. In due casi ottenne la guarigione dopo sezione delle ade-

renze fra fegato, stomaco e duodeno. Altri due casi operati con successo erano stati operati di colecistectomia ideale. Questo è un argomento contrario alla tesi che le aderenze si formino solo con il tamponamento.

Il terzo gruppo comprende casi in cui l'operazione era stata incompleta nel senso della persistenza di calcoli sfuggiti al chirurgo. Si tratta di 7 casi, tutti con ostruzione calcolosa del coledoco. Ha eseguito in questi casi due volte la coledocotomia sopraduodenale e 5 volte la transduodenale. Consiglia la seconda via perchè la preparazione del coledoco dalle masse cicatriziali è molto indaginosa nè conviene di sezionare aderenze che, se recenti, contengono ancora germi virulenti. Per evitare la possibilità di un'operazione incompleta consiglia di praticare sempre, nelle operazioni sulle vie biliari, il sondaggio del coledoco. Si mobilizza il duodeno con la tecnica di Kocher-Lorenz in modo da poterlo afferrare con la mano sinistra e attraverso una incisione sopraduodenale del coledoco si introduce in questo una grossa sonda. Allora è possibile di apprezzare bene la presenza della sonda nel duodeno. Usa sonde grosse, fino a 30 Charriere; con le sonde sottili è facile di creare false strade come riferisce essere successo in un caso. Se il lume è pervio a questo diametro sutura l'incisione del coledoco.

Un quarto gruppo di casi comprende individui in cui l'operazione è stata eseguita con tecnica esatta nè vi sono aderenze che possano spiegare la persistenza dei disturbi. In questi casi bisogna pensare a cause neuropatiche. Talvolta però i disturbi dipendono da altre cause, spesso da ulceri gastro-duodenali, in un caso ottenne la cessazione dei dolori con la divulsione dello sfintere di Oddi per quanto non esistesse nessuna alterazione tranne la dilatazione delle vie biliari come suole osservarsi anche nell'esperimento dopo la colecistectomia.

VALDONI.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

La diagnosi della tubercolosi polmonare fibrosa.

(DUMAREST, *Journal de médecine de Lyon*, 1926, n. 150).

La tubercolosi fibrosa è un'affezione comune e quasi sempre sconosciuta: è alla radiologia che noi dobbiamo l'esatta sua conoscenza. Radiologicamente le lesioni polmonari fibrose ci appaiono sotto due aspetti differenti che possono trovarsi associati nel medesimo soggetto:

1) abbiamo la sclerosi diffusa: il polmone sembra invaso od in totalità od in parte da una trama fine e serrata il cui punto di partenza è la regione ilare donde si diffonde a ventaglio divenendo sempre più fina verso la periferia, disegnando le grosse ramificazioni bronchiali e vasali. Le coste sono allontanate, l'emitorace quasi immobile. Una tale lesione è il risultato di uno stato infiammatorio od irritativo cronico della trama connettivale. Essa può essere dovuta anche all'alcool, ai gas, alle polveri irritanti, alla sifilide;

2) il secondo tipo di fibrosi polmonare è il risultato di una reazione difensiva locale e costruttiva, propria di certi individui, che tende ad isolare ad inglobare, la lesione parenchimatosa bacillare. Dall'esistenza perciò di lesioni fibrose nodulari noi possiamo dedurre la benignità dell'infezione, cioè la resistenza specifica del soggetto, cioè il grado di immunizzazione anteriore del p. Oltrepassando lo scopo della difesa, la sclerosi diviene di per sè una malattia. Tale forma appare ai raggi come masse più o meno dense, scure, sparse nel parenchima, in genere più confluenti nel lobo superiore, separate da regioni chiare. Praticamente essa è frequentemente paucibacillare od abacillare: ma nel mezzo delle masse fibrose ci sono sempre delle lesioni, spesso ulcerative, sotto forma di caverne di dimensioni variabili, spesso invisibili ai raggi. Sono costanti, nei vecchi bacillari le reazioni pleurali, cosicchè vi si trovano spesso fascie di interlobite o festoni diaframmatici. Nelle diverse varietà di tubercolosi fibrosa si ritrovano le stigmate dell'enfisema vicario, ma allorchè la partecipazione della pleura è stata importante ovvero quando il processo fibroso ha un punto di partenza post pleuritico ed una evoluzione centripeta, la sinfisi retrattile maschera tutto, le coste divengono embricate, il mediastino si sposta, il diaframma risale e si immobilizza, tutto l'emitorace appare come una massa scura.

È certo che la sclerosi interstiziale è una lesione irritativa tossinica, il focolaio tossinogeno di vicinanza spesso appare sotto forma di masse ganglionari tracheo bronchiali, secondarie al primitivo focolaio di infezione, polmonare. Talora è una pleurite il focolaio di partenza, talora il focolaio non è fisso, è uno stato bacillemico. Le manifestazioni fibrose non sono, come le manifestazioni pneumoniche, suscettibili di risoluzione: più che curabili, esse sono benigne, benchè in alcuni casi l'elemento tossina domina la scena e porta alla morte in cachessia senza estensione della lesione. In totale, le caratteristiche evolutive della tubercolosi fibrosa sono: la lentezza d'evoluzione e la possibilità di tregue indefinite; la relativa benignità; l'assenza

frequente di fenomeni generali e funzionali, specie l'assenza abituale di espettorato e perciò di controllo batteriologico; la povertà dei segni stetoscopici. In quanto ai segni ascoltatori della tubercolosi fibrosa, essi sono in realtà scarsi assai: grosse lesioni decorrono con penuria di segni e totale mancanza di rumori anormali: l'ascoltazione attenta non farà percepire che i fenomeni dovuti alla condensazione (se la sclerosi del tessuto supera l'enfisema) od alla rarefazione nel caso contrario, cioè aumento delle vibrazioni con rudezza respiratoria e diminuzione della sonorità nel primo caso, ovvero diminuzione delle vibrazioni con oscurità del respiro ed aumento della sonorità nel secondo caso. La diagnosi insomma della tubercolosi fibrosa è essenzialmente radiologica.

Per quanto riguarda lo stato generale: possono mancare ovvero può comunemente notarsi astenia, dimagramento, diminuzione della capacità lavorativa; possono associarsi diarrea, stipsi, talora una subfebbre (37-37,6): delle acutizzazioni bronchitiche danno luogo a reazioni febbrili intense; è frequente la dismenorrea. L'importanza maggiore deve invece essere data all'emottisi che con sagace anamnesi può esser messa in evidenza, emottisi che precedentemente possono essere state attribuite a questa o a quella causa, ma che il tempo fa riconoscere esser dovute alla bacillosi. Anatomicamente esse sono in rapporto con le ectasie vascolari che si producono nel tessuto fibroso con lo stesso meccanismo delle ectasie bronchiali, in seguito alla scomparsa delle fibre elastiche. Esse sono in genere poco abbondanti, apirettiche: all'ascoltazione non fanno percepire che alcuni fuggitivi rantoli fini.

L'abito generale non fa rilevare che ben poco: taluni sono magri, altri grassi, poichè l'obesità accompagna spesso la tubercolosi benigna indicando l'impregnazione bacillare.

Praticamente occorre ricordarsi che spesso la sifilide si accompagna alla t. fibrosa.

La sclerosi infiammatoria costruttiva non ha nulla di comune con la sclerosi cicatriziale; l'una tende alla estensione ed alla diffusione, l'altra alla localizzazione ed alla scomparsa. Sclerosi non vuol significare guarigione, ma reazione difensiva. La tubercolosi fibrosa può immobilizzarsi per lughi periodi e la sua prognosi di durata è buona; essa è compatibile con una normale attività professionale, nè è influenzata dalla gravidanza. Ad essa non dobbiamo rivolgere lo stesso trattamento igienico dietetico della tubercolosi comune.

MONTELEONE.

Localizzazione bronchiale della fuso-spirochetosi delle vie respiratorie.

(H. VINCENT. *Bullet. Acad. de Méd.*, 19 ott. 1926).

L'interessante malattia di Castellani, dalle ricerche di Bezançon e Etchegoin, non sarebbe che una localizzazione, nei bronchi, della simbiosi microbica dovuta al b. fusiformis e alla s. Vincenti, germi responsabili di molte altre malattie: gangrena nosocomiale, angina, noma del viso e vulvare, ulcera fagedenica dei paesi caldi, gangrena polmonare, ecc.

La broncospirochetosi è assai più frequente di quanto la bibliografia in proposito lascerebbe supporre; ma spesso viene misconosciuta o confusa con altre affezioni. È propria degli adulti, ma non risparmia i fanciulli. È comune in ogni paese, ogni razza, ogni sesso.

Si inizia per lo più con una rino-tracheo-bronchite acuta o con sintomi di bronchite acuta febbrile o di congestione polmonare. Dopo una settimana o due, emottisi che conduce a constatare l'esistenza negli sputi del bacillo e della spirocheta. Queste ultime sono più numerose dei primi. Dopo la comparsa delle emottisi, il quadro clinico diviene più uniforme: tosse, espettorato mattutino tinto in rosa o in rosso. Poco marcati i fenomeni ascoltatori: qualche sibilo, più raramente rantoli a una base o sotto l'ascella. Nulla all'esame radiologico. Accanto a forme con un minimo di sintomi, altre ve ne sono con febbre, tosse frequente, abbondanti sputi grigiastri o giallo-verdastri, di odore talora assai disgustoso. Le emottisi, di solito leggere, sono irregolari per ritmo. Questi casi possono confondersi con la tubercolosi polmonare.

Le principali caratteristiche della malattia sono dunque:

1) la sua cronicità; 2) la sua benignità; 3) le emottisi, intermittenti o irregolari, quasi sempre lievi; 4) la presenza del b. fusiformis e del'a s. Vincenti.

Rari sono i casi gravi, dovuti a cattivo stato generale, associazione a tubercolosi o sifilide polmonare, virulenza aumentata dei germi. Talora si può avere diffusione al parenchima polmonare e quindi gangrena. Talora, anche nei casi gravi, l'espettorazione emorragica può mancare.

La lesione anatomo-patologica è in genere una ulcerazione della mucosa di un bronco, talora difficilmente dimostrabile se è a carico dei piccoli bronchi.

Ricerche di eventuali proprietà agglutinanti del sangue dei malati non hanno avuto buon esito.

Riguardo alla spirocheta, l'A., basandosi su ricerche proprie e di altri autori, afferma non trat-

tarsi di una forma nuova (s. bronchialis), ma bensì di una spirocheta identificabile con s. Vincenti, sebbene alcuni autori ne abbiano enumerate le differenze (del resto lievi), tra le due. Ciò che ha potuto far credere alla diversità di esse e allo straordinario polimorfismo della sp. bronchialis è la presenza di altre spirochete (s. macrodentium, microdentium, intermedium, ecc.) nell'escreato. Ma numerose sono le prove dell'identità delle due spirochete: la stessa morfologia, la stessa viva motilità all'ultramicroscopio, la stessa vitalità fuori dell'organismo, la stessa affinità cromofila per i colori di bleu, la stessa struttura del protoplasma, identico modo di divisione, identica simbiosi elettiva con b. fusiformis, identico comportamento agli arsenobenzoli, ecc. Infatti il trattamento arsenobenzolico intravene si è dimostrato molte volte assai efficace e lo si dovrà sempre applicare, unitamente a norme igieniche generali, e alla sorveglianza e pulizia della bocca e dei denti.

GARRONE.

TERAPIA.

Il salicilato di sodio endovenoso.

(C. GAMNA. *Minerva Medica*, n. 34, 10 dic. 1926).

L'uso del salicilato di sodio per iniezioni endovenose è stato duplice: per la cura delle varici, secondo il metodo di Sicard e Paraf, provocando una tromboflebite obliterante, e per la cura delle infezioni acute, specialmente l'encefalite epidemica e la poliartrite reumatica.

Nell'encefalite il salicilato pare che abbia corrisposto abbastanza bene, agendo sopratutto sui fenomeni di sonnolenza (Ratheri e Gournay), e migliorando i fenomeni cerebrali (Denechau e Barbary). Alcuni autori parlano anche di guarigioni; comunque pare che il salicilato di sodio endovenoso — essendo risultata inefficace la somministrazione per via orale e intrarachidiana — sia il medicamento di scelta nell'encefalite epidemica.

Il titolo della soluzione varia a secondo degli osservatori da un minimo di 4 % ad un massimo di 10 %. Se ne iniettano da gr. 0,5-1 fino a gr. 4-5 al giorno; si preferisce la soluzione in siero glucosato.

Condizione indispensabile è che il salicilato di sodio sia assolutamente puro, possibilmente ricristallizzato, che dia soluzioni limpide e incolori, neutre al tornasole.

Il salicilato di sodio per via endovenosa nella poliartrite reumatica fu usato sopratutto dagli autori francesi.

Sembra che con questo metodo dosi minime di medicamento agirebbero come le grandi dosi somministrate per via orale, ed in modo più rapido, tanto nelle forme acute che croniche.

Il Gamna ha voluto ricercare se effettivamente tale metodo possa sostituire quello orale, e quali danni eventualmente possa provocare il salicilato somministrato per via endovenosa.

Le nostre cognizioni sulla tossicità del salicilato di sodio sono ancora troppo imprecise; noti sono i disturbi gastrici conseguenti ad ingestione di dosi elevate di salicilato; sono state anche osservate lesioni renali, con degenerazione degli epiteli, comparsa di albumina e cilindri, e talora di ematuria per intossicazione salicilica. Si può anche riscontrare congestione epatica, indebolimento del miocardio, fino alla degenerazione grassa. Accanto a questi fenomeni gravi, ve ne sono di più lievi, come la polipnea, la dispnea, vertigine, ipoacusia, sonnolenza, fino a giungere al delirio e al coma.

Scarse ricerche vi sono sulle alterazioni anatomiche prodotte dalle alte dosi di salicilato.

Il Gamna ha usato nelle forme di poliartrite reumatica le soluzioni di salicilato sodico al 5-10 % in siero artificiale glucosato, introducendone 2-5 cc. per volta.

L'attuale terapia delle forme reumatiche acute si basa sulla somministrazione delle alte dosi di salicilato per via orale, con aggiunta d'una dose doppia di bicarbonato di soda per accrescerne la tolleranza. La dose quotidiana fissata da alcuni AA., giunge fino a 15-18 gr. al giorno per un uomo adulto; Danielopolu comincia con gr. 8, per arrivare nelle forme gravi fino a gr. 20-25 pro die (!). Le dosi elevate impedirebbero le lesioni endocardiche e miocardiche; bisogna però che la cura salicilica sia intensa e prolungata. Il Gamna, sebbene abbia avuto ottimi successi con l'uso endovenoso, non stima utile sostituirla a quella orale.

La somministrazione orale non provoca tanto facilmente quei danni che può dare il salicilato introdotto rapidamente in circolo mercè le iniezioni intravene.

In un caso di poliartrite, in cui fu usato dall'A., il salicilato per via endovenosa, si ebbe la morte del paziente dopo qualche tempo, con segni di debolezza miocardica progressiva. All'autopsia fu riscontrata una degenerazione grassa del miocardio.

In seguito a questo reperto, il Gamna ha voluto fare delle ricerche sperimentali sui conigli, per controllare le eventuali alterazioni anatomiche. Ha somministrato una soluzione salicilica al 5 % per via endovenosa, cominciando con 2-3 cc. e giungendo fino a 5 cc.

Un gruppo di conigli fu trattato per 6-7 giorni; altri conigli per 12 giorni, ed infine un terzo

gruppo per 18 giorni. Le dosi complessive di salicilato furono di un minimo di gr. 3,5, pari a gr. 1,94 per Kgr. di peso, ad un massimo di gr. 7,55, pari a gr. 3,97 per Kgr. di peso.

L'esame istologico degli organi presentò lesioni presso a poco analoghe in tutti i conigli.

Cuore: lesioni regressive a carico delle fibrille miocardiche, in forma di rigonfiamento torbido, d'infiltrazione grassa, e talora di degenerazione vacuolare. Queste lesioni sono distribuite a zone, a forma di focolai multipli e disseminati. Più colpito si trovò il miocardio del ventricolo sinistro, rispetto alle altre cavità.

Reni: anche nei reni si riscontrò un'alterazione degenerativa; negli epiteli dei tubuli contorti prevalse la forma infiltrativa; nell'epitelio delle anse di Henle la forma degenerativa.

Fegato: alterazione degenerativa più leggera in forma di rigonfiamento torbido delle cellule epatiche; più intenso nelle cellule di Kuppfer.

Queste alterazioni istologiche pur non essendo di alto grado, inducono a pensare che la somministrazione di salicilato sodico per via endovenosa nelle forme di poliartrite reumatica non sia la più opportuna, nè tale da sostituire la gastro-enterica, capace di realizzare effetti risolutivi nelle manifestazioni reumatiche.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Methods and Problems of Medical Education. Serie I, III, IV e V. Vol. in 8° di rispettive pag. 151, 242, 124 e 225, con tavole e fotografie. Rockefeller Foundation, New York, 1924-1926.

Il continuo progresso delle scienze mediche rende necessaria la conoscenza dei metodi d'insegnamento e degli impianti delle diverse scuole perchè l'insegnante possa tenersi al corrente delle migliorie introdotte da altri, allo scopo di dare maggiore incremento alla propria scuola. Servono bene per ciò i viaggi d'istruzione (che sono spesso troppo dispendiosi e distolgono dalle proprie occupazioni) e le singole pubblicazioni, che però non è sempre agevole procurarsi.

Molto opportunamente la « Rockefeller Foundation » ha iniziato questa serie di pubblicazioni riguardanti i metodi ed i problemi dell'istruzione medica. Finora sono stati pubblicati cinque grandi fascicoli riguardanti le principali scuole mediche del mondo: gli Stati Uniti, l'Inghilterra, la Germania, la Francia, il Belgio, l'Olanda... la Cina; naturalmente l'Italia non esiste!

Per ogni singolo Istituto (Anatomia patologica, Fisiologia, Farmacologia, ecc.) vi sono le piante del fabbricato, fotografie riproducenti le diverse sale e le relative descrizioni, il modo di funzionamento, i criteri seguiti nell'insegnamento, accenni ai programmi, ecc. Il IV fascicolo descrive come è organizzata al « Presbyterian Hospital » di New York la raccolta di tutti i dati riguardanti il malato (anamnesi dati clinici) in modo da rendere poi agevole e proficua la consultazione dell'importante materiale così collezionato. Nel V fascicolo troviamo una monografia sul Servizio di Profilassi mentale del Dipartimento della Senna, sul Centro anticanceroso di Toulouse, sul modo di rappresentare graficamente le note cliniche, ecc.

Le pubblicazioni vengono inviate gratuitamente agli Istituti che ne fanno richiesta alla Divisione di Educazione medica della « Rockefeller Foundation », 61 Broadway, New York (U. S. A.).

fil.

GRIXONI G. *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali.* Un Vol. in 8° di 229 pag. con 3 carte. Provveditorato generale dello Stato, Roma 1926. Prezzo L. 20.

Mancava finora sullo stato sanitario dei nostri tre possedimenti coloniali uno studio d'insieme che potesse servire di ammaestramento ai giovani medici inviati ad esercitare le missioni di civiltà e di umanità presso quei nostri sudditi. Molto opportunamente il prof. Grixoni, direttore della Scuola di Sanità Militare, ha provveduto a colmare tale lacuna con questo pregevole volume in cui, dopo alcuni cenni di climatologia dei paesi caldi, passa a considerare la patologia generale e speciale delle colonie, l'igiene e la profilassi, specialmente per quanto riguarda l'esercito. Data poi la notevole diversità delle condizioni climatiche e nosografiche delle nostre colonie, l'A., tratta e largamente, a parte di ciascuna di esse.

Il volume del prof. Grixoni è indispensabile ai medici coloniali anche per i numerosi consigli che egli vi profonde e che dimostrano la larga pratica dell'ambiente coloniale; esso poi è utile per chiunque voglia conoscere più bene lo stato sanitario e le malattie dominanti nelle nostre colonie, purtroppo ancora mal note alla maggior parte degli italiani.

fil.

CABANÈS. *Les cinq sens.* Un vol. in-16° di 308 pag. Le François ed. Parigi, 1926. Prezzo 10 frs.

ID. *Les fonctions de la vie.* Un vol. di 368 pag. Ibidem. Prezzo 10 frs.

Il dottor Cabanès è simpaticamente noto ai medici per i suoi numerosi ed interessanti scritti su argomenti di varietà della medicina. In questi

due volumi che fanno parte della raccolta « Les curiosités de la médecine », egli si dimostra sempre all'altezza della sua fama. La sua vasta coltura dissimulata da uno stile semplice e senza pretese, ci fa passare in rivista una grande quantità di antiche credenze e teorie mediche, di fatti curiosi, di pensieri di scrittori a proposito delle funzioni della vita e dei sensi.

Nel primo troviamo, nel capitolo dell'apparato digerente, accennata fra l'altro la questione, che nel Medio Evo ha appassionato molti spiriti sottili, se cioè Adamo ed Eva avessero l'ombelico. Anche l'apparato circolatorio fornisce abbondante materia all'A., con la simbolica del sangue, il cuore nella magia, ecc.; e così pure gli altri apparati e sistemi.

Interessante è anche l'altro volume sui sensi, dove troviamo citata la curiosa usanza brettone di estrarre con la lingua i corpi estranei dall'occhio, dove si accenna alle virtù magiche e terapeutiche della saliva, alle perversioni del gusto, alle lacrime di sangue, alla diagnosi fatta col naso, agli odori dei popoli, ecc.

Il medico, che voglia passare un'ora di piacevole svago, legga questi libri; si farà un po' di buon umore ed apprenderà molte nozioni che gli daranno un'idea più vasta e più completa delle bizzarrie dell'umanità.

fil.

HUTCHISON R. *The elements of medical treatment.* Un vol. in 16° di 163 pag., rilegato. J. Wright & Sons ed. Bristol, 1926. Prezzo 7/6.

L'A., espone dapprima i principi generali del trattamento, incominciando dalle nozioni più elementari, come, p.es., i tipi degli alimenti, il modo di compilare le ricette, e simili. Dà poi le indicazioni speciali per ogni singolo sintoma (febbre, diarrea, costipazione, insonnia, dolore, anemia, ecc.) e per qualche malattia (bronchite, nefrite). Non è questa certamente una trattazione scientifica della terapia, perchè un singolo sintoma può essere dato da cause diverse che hanno magari opposte indicazioni terapeutiche, mentre lo scarso spazio concesso ad ognuno (un paio di paginette per la diarrea) è insufficiente per considerarle tutte.

Il libro però può essere utile specialmente a chi è all'inizio della carriera per incominciare ad orientarsi ed a scegliere un indirizzo terapeutico che le semplici nozioni di patologia e di terapia sono insufficienti a dare. Nel piccolo volume che evidentemente non può fare una trattazione sistematica della materia e che è soprattutto dedicato ai giovani, sarebbe però stato opportuno non far parole di medicamenti a cui si può appena accennare in un trattato teorico di materia medica, come, p.es., l'acetato di piombo ed il solfato di rame quali astringenti nella diarrea.

Alla fine troviamo anche un capitolo sulla psicoterapia e sulle piccole operazioni che rientrano nel campo della medicina (trasfusione del sangue, paracentesi, salasso, iniezioni endovenose, ecc.).

fil.

R. SCHNITZER. *Methodik der Chemoterapie bakterieller Infektionen.* (In: « Handbuch d. biol. Arbeitsmethoden », hgg. v. E. Abderhalden, Abt. VIII, Teil 2, Heft 2.) 1 vol. in-8° gr. (p. 115-226), con 16 fig. e 4 tav. a col. Berlino e Vienna, Urban e Schwarzenberg, 1926. Pr. M. 6.

La chemoterapia vanta già vari trionfi, dagli arsenobenzoli all'emetina, dall'optochina ai derivati dell'acridina. Moltissimo dobbiamo ancora attenderci dalla nuova metodica, la quale si allontana interamente da quella classica della farmacologia, sovratutto in quanto si giova largamente della quantimetria delle reazioni biologiche, così *in vitro* come *in vivo*. La metodica è descritta con cura in questo lavoro, che si renderà utilissimo a quanti si occupano di tale ramo di ricerche promettentissime. Malgrado il titolo, l'A. fa posto anche alle infezioni protozoarie.

V. L.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

II Congresso della Società Italiana di Oto-Neuro-Oftalmologia.

Roma, 20, 21 e 22 ottobre 1926.

Si è inaugurato nell'Aula Massima del Palazzo Senatorio in Campidoglio. Sono quivi convenuti moltissimi cultori e professori di Neurologia, Otorino-laringoiatria ed Oftalmologia italiani e stranieri, nonchè i rappresentanti delle autorità politiche e scientifiche, della Facoltà medica e numerosissimi invitati.

Il V.-Governatore comm. VASELLI, pronuncia un alato discorso dando il benvenuto agli illustri congressisti.

Il prof. MINGAZZINI, presidente della Società Italiana di Oto-neuro-oftalmologia legge la lettera di saluto e di augurio inviata dal Ministro della P. I. prof. FEDELE, e attraverso una profonda e brillante orazione spiega il significato della riunione mettendo in evidenza gli intimi rapporti che corrono fra le tre specialità. Dopo aver ricordato il successo del I Congresso Oto-neuro-oftalmologico in Napoli ed avere rilevato il fiorente sviluppo della nuova Società, esprime vivissimo l'augurio per i lavori di questo Congresso.

Mercoledì 22 ottobre, ore 14.

Presidenza: G. MINGAZZINI - BARANY.

Relazione al Congresso.

BARRÉ. — *Etude critique sur les moyens d'exploration de l'appareil vestibulaire (En vue d'unifier les techniques et les tets).* — Dopo aver brevemente accennato agli inconvenienti dovuti alla mancanza di unificazione nei metodi di esplorazione dell'apparato vestibolare, l'O. espone dapprima schematicamente il piano generale delle modificazioni che vorrebbe proporre e passa poi alla critica delle singole prove semeiologiche. La detta relazione è divisa in tre punti: semeiologia clinica, semeiologia strumentale, e considerazioni generali sul meccanismo d'azione delle varie prove. L'O. non crede in primo luogo che esista una vera vertigine cerebellare: così non pensa che il nistagmo possa essere di pura natura cerebellare. Egli crede opportuno parlare di vertigine o di nistagmo vestibolare nei cerebellari (quando i due fenomeni si presentano in malati con lesioni del cervelletto). Esaminando le singole prove cliniche adatte a svelare i disturbi del tono muscolare statico (prova delle braccia tese, prova dell'indice di Barany, ed esame del nistagmo) egli accenna a molte avvertenze e modificazioni nel praticare ciascuno di questi esami, che la pratica ha a lui suggerite. Preferisce la prova delle braccia tese alla prova dell'indice di Barany. Insiste sul valore della posizione della testa nel paziente in esame, e della sua influenza sulla posizione degli arti. Si dilunga a parlare sul modo di svelare il nistagmo e fa notare come l'esame del nistagmo di convergenza da lui descritto, riveli più vantaggiosamente segni di lesioni labirintiche.

La seconda parte della conferenza è dedicata alla semeiologia strumentale. Le tre prove classiche per lo studio della funzione labirintica (prova calorica di Barany, prova rotatoria, e vertigine voltaica) debbono essere esaminate separatamente perchè ciascuna di esse ha un meccanismo diverso ed un differente significato fisiogenetico. Non si può quindi dare la preferenza ad una piuttosto che all'altra perchè tutte tre sono ugualmente importanti. Concludendo si può affermare che tutte le tre prove, pur essendo dirette verso differenti parti dell'apparato vestibolare, agiscono tutte eccitando il labirinto. Clinicamente i fenomeni irritativi ed i fenomeni paralitici non sempre si trovano isolati, ma possono combinarsi in vari modi, producendo delle lesioni a doppio effetto. Tanto più quindi l'O. riconosce la necessità di esplorare da vari punti cioè con vari metodi la funzionalità labirintica, per rendersi conto il più esattamente possibile dello stato di equilibrio di esso.

Sulla relazione del prof. Barré prendono la parola per la discussione i proff. RIMINI, BAGLIONI, MASINI, GIO. FERRERI, TORRIGIANI, AYALA, MINGAZZINI, BARANY, PORTMANN, GH. FERRERI. A tutti replica ampiamente il relatore.

Comunicazioni.

BARANY. — *La registration des épreuves de l'index, de la déviation et de l'orientation, d'après ma méthode.* — L'O. fa vedere il suo metodo di registrazione della prova dell'indice, della prova delle braccia tese e dell'orientamento. Solo impiegando un tale metodo di registrazione i risultati di queste prove possono essere confrontati fra i diversi autori. Molti interessanti dettagli potranno così venir studiati e molti errori nella letteratura potranno essere controllati ed eliminati.

G. MASINI. — *Labirinto acustico e non acustico.* — L'O. mettendosi nelle migliori condizioni sperimentali, asportando nella cavia tutta la coclea, ha potuto notare come questa reagisce ancora ai suoni. Per potere evitare ogni causa di errore egli si è servito anche in questo animale del metodo grafico.

La cavia in istato di perfetta quiete reagisce ai suoni ed ai rumori con un rapido movimento degli occhi. Orbene nella cavia scocleata da ambedue le parti la reazione sebbene molto debole esisteva ancora ed era possibile scriverla.

Lo stesso fatto si osserva nei colombi ai quali fu asportata completamente la lagena. Se si introduce un palloncino di gomma entro il retto di uno di questi animali e per mezzo di un tubo di gomma si raccorda ad un tamburo di Marey o ad un cilindro di Bolzer è possibile scrivere i movimenti respiratori e cardiaci di questi animali; ebbene ad ogni suono improvviso, come per la cavia, perchè è necessario sia improvvisa e non continuata, si possono notare le grandi differenze che esistono fra un tracciato normale e questo ottenuto dal suono.

TORRIGIANI. — *L'esame auricolare in un caso di cisti cerebellare.* — Riferisce un suo caso in cui l'esame cocleare e vestibolare dimostrava chiaramente come un tumore cerebellare che l'esame neurologico non poteva fissare con certezza se posto nell'emisfero destro o sinistro occupava la metà sinistra, come fu dimostrato all'atto operativo. Anche dopo la guarigione clinica persisteva la mancanza di reazione di indicazione.

GIO. FERRERI. — *Studi e considerazioni sull'esame funzionale dell'orecchio interno nelle lesioni labirintiche ed extra labirintiche non suppurative.* — L'O. riferisce sopra uno studio clinico condotto su ammalati che presentavano senza nessun fatto suppurativo dell'orecchio medio evidente il sintoma *vertigo*, accompagnato da più o meno marcati disturbi dell'equilibrio. Tra venti storie l'O. ne mette particolarmente in rilievo cinque di traumatizzati al capo, in cui l'esame funzionale vestibolare fece rilevare dati importanti di deficit per gli esiti post-traumatici di commozione cerebrale, che erano stati fino ad allora misconosciuti e non apprezzati. L'O. insiste sull'impor-

tanza di questi dati per gli accertamenti medico-legali, perchè molti di questi pazienti non furono in passato equamente giudicati data l'insufficienza nell'attuare l'esame vestibolare.

BRUNETTI. — *Reazioni nistagmiche in un caso di sclerosi a piastre.* — Illustra un caso di sclerosi disseminato in cui si aveva dissociazione delle prove termiche a destra (ipoeccitabilità alla prova calda, ipereccitabilità a quella fredda) ed ipoeccitabilità del labirinto posteriore di sinistra. Normali le reazioni di deviazioni. Fa notare la singolarità di questi reperti e ne dimostra l'importanza diagnostica in quanto concorsero a far scartare l'ipotesi di una localizzazione neoplastica posteriore, quale era stata sospettata in base alla sintomatologia presentata dalla malata.

BRUNETTI. — *Sul nistagmo ottico-cinetico.* — L'O. in base ad una serie di casi personali conclude che il nistagmo ottico-cinetico è chiamato a rendere qualche servigio anche per la diagnostica otologica. Poichè il nistagmo in parola è manifestamente di origine cerebrale ne segue che la sua scomparsa o comunque le deviazioni dalla norma nella comparsa della reazione stanno ad indicare l'esistenza di una lesione a sede endocranica. Questo fatto può avere una grande importanza in quanto si viene ad avere un nuovo criterio per la diagnosi differenziale fra un nistagmo di origine vestibolare ed uno di origine centrale.

PALLESTRINI. — *Contributo clinico e sperimentale allo studio della cosiddetta reazione paradossale del labirinto posteriore.* — La particolare dissociazione nistagmica, che va sotto il nome di reazione paradossa, fu dall'O. osservata in alcune affezioni generali con interessamento dell'orecchio interno (sifilide acquisita, influenza, diabete), in casi di sclerosi labirintica, di lesioni vestibolari da traumi cranici, e di affezioni nervose centrali.

L'O. crede in base ad esperimenti su conigli e piccioni di poter ricercare comunemente le cause della reazione paradossa in alterazioni funzionali ed anatomiche dell'apparato nervoso labirintico periferico, anzichè nell'alterata composizione dei liquidi peri ed endolinfatici.

BILANCIONI. — *Comportamento del labirinto nell'ipertrofia della glandola tiroide.* — Durante il servizio otologico in un Istituto psico-fisiologico per l'aviazione l'O. ha avuto modo di studiare 24 casi di soggetti con più o meno lieve ipertrofia della tiroide, parziale o totale; si è preoccupato di scegliere i casi in cui non vi fosse la coesistenza di un vero vizio cardiaco. In diversi soggetti esisteva un soffio alla punta o al centro del cuore, in massima parte funzionale.

L'esame del nistagmo, osservato subito dopo la rotazione in posizione seduta normale, ha dato di solito meno in qualche caso in cui la durata era normale o anche sotto la norma, un prolungamento del nistagmo stesso sino ad oltre 70'', specie dopo la seconda rotazione. In alcuni casi si è avuto caduta, pallore o congestione del volto, qualche fatto oculare (paresi transitoria di retto esterno, ammiccamento, lieve stupore, ecc.).

Fatto notevole evidente in tutti è stato l'aumento di frequenza del polso durante le due rotazioni, spesso anche dopo di esse: il polso si fa di solito più spesso ineguale, meno pieno. In coincidenza di queste modificazioni si hanno analoghe turbe del respiro: da regolare si fa intensivo, affollato, ineguale, spesso con notevoli mutamenti nel rapporto fra in ed espirazione. Questi fatti sono da ricollegare con i fenomeni simpatico o vago-tonici rilevati dall'O. fino dal 1919 durante la stimolazione del labirinto posteriore.

PORTMANN. — *Il trattamento chirurgico delle vertigini con l'operazione di Portmann.* — L'O., descritti i rapporti anatomici del « sacco endolinfatico » che è prolungamento intracranico del labirinto, afferma che esso sarebbe nell'uomo in rapporto di pressione con gli spazi sottoaracnoidei. Quindi ogni variazione della pressione di questi può farsi risentire su di esso come un aumento del liquido sacculare (per esempio per labirintite sierosa) può provocare disturbi a carico del cervelletto vicino. Il Portmann ispirandosi a queste considerazioni propone di intervenire sul sacco linfatico a scopo decompressivo nei casi di vertigine ribelle, ed indica una speciale tecnica operatoria.

BARANY. — *Les sons apparaissants au malade comme bruit et l'explication de ce phénomène.* — Vi sono degli ammalati con malattie dell'orecchio interno vicino al nervo uditivo, malattie nelle quali l'ammalato invece di suoni, sente più o meno un rumore completamente amusicale.

L'O. dimostra che per sentire un suono puro è necessario un lavoro dei centri nervosi comparabile ai contrasti ottici, e se a causa di una lesione del nervo uditivo questo lavoro diventa impossibile, i suoni perdono il loro carattere musicale.

RIMINI (Trieste). — *L'esame del liquido cerebro-spinale quale contributo alla diagnosi delle complicazioni endocraniche otitiche.* — L'O. tratta dell'esame del liquido cerebro-spinale quale contributo alla diagnosi delle complicazioni endocraniche otitiche. Rileva l'importanza della puntura suboccipitale e la combinazione di tale procedura con la puntura lombare. Infine l'O. accentua l'importanza della puntura lombare per l'indicazione di un atto operativo nelle complicazioni otitiche in ispecie nella labirintite e nella sindrome di Gradenigo.

FILIPPI. — *Su alcuni casi di meningite otogena.* — L'O. riferisce su 14 casi di meningite otogena osservati nell'ultimo triennio nella Clinica del prof. Masini. Cinque casi ebbero decorso favorevole; in tre casi si trattava di meningite sierosa, in un caso di meningite purulenta asettica, nell'ultimo di meningite purulenta settica. Fa con-

siderazioni sull'importanza della diagnosi precoce e sull'utilità delle frequenti punture lombari con iniezione nello speco di sieri.

Gozzano. — *Su di un metodo psicofisiologico per svelare la simulazione di sordità.* — Il metodo consiste nel misurare le variazioni che subisce il quoziente personale determinato mediante i tempi di reazione, quando ad una serie di stimoli sensoriali indifferenti venga a sostituirsi una serie di stimoli alternati di due sensi diversi, ad uno solo dei quali il soggetto deve reagire con un atto di scelta.

Piazza Missorici. — *A proposito di un caso di paralisi del postico da encefalite letargica.* — L'O. illustra un caso di paralisi isolata del postico di sinistra da encefalite letargica, e conclude per l'origine nucleare di essa paralisi.

Torrini. — *Paralisi agitante palato-faringo-laringea.* — L'O. illustra un caso, il primo noto nella letteratura, di morbo di Parkinson nel quale l'equivalente tremore è rappresentato da un mioclono palato-faringo-laringeo registrato per mezzo di chiare grafiche. Conclude per una lesione del nucleo lenticolare.

Federici. — *Sul significato morfologico e sulla probabile funzione della lagena degli uccelli.* — L'O. studiando con i recenti metodi di tecnica, la distribuzione del nervo acustico nel labirinto degli uccelli ha potuto constatare che la lagena che in questa classe di vertebrati è situata nella parte anteriore del tubo cocleare, non è innervata, come si credeva finora, dal ganglio cocleare ma da una porzione del ganglio vestibolare, per cui essa rappresenta morfologicamente una terza macula otolitica; orientata in un piano ortogonale a quello delle altre due. L'O. ritiene che essa sia destinata a dare il senso della inclinazione laterale sul piano longitudinale e della accelerazione centrifuga nel volo in curva.

Calogero. — *Il sistema nervoso vegetativo degli adenoidei.* — L'O. riferisce il risultato delle sue ricerche su 45 adenoidei, in 26 dei quali riscontrò chiare note di prevalenza vagale, in 11 prevalenza simpatica e negli altri 8 uno stato del sistema nervoso vegetativo non chiaramente precisabile.

Egli si servì delle indagini sul riflesso oculocardiaco, oculo-respiratorio, naso-facciale, pilomotore, addomino-cardiaco, prova di Erben. Non ricorse alle prove farmaco-dinamiche per la poca sicurezza di esse.

Giovedì 21 Ottobre, ore 8.

Presidenza: Barré - Gh. Ferreri.

O. Beck. — *Chirurgia degli ascessi cerebrali.* — Considerata l'alta percentuale di mortalità dei casi di ascessi cerebrali operati con la semplice incisione che raggiunge la totalità nei casi di ascessi del cervelletto, l'O. ha tentato, in quattro casi di ascessi del lobo temporale, una nuova tecnica operatoria, consistente in una contro-incisione in corrispondenza della superficie esterna del lobo temporale, con un drenaggio attraverso il lobo temporale stesso. Di questi quattro casi, due sono guariti. Questo metodo, però, è applicabile soltanto in quei casi in cui fra l'ascesso e la superficie cerebrale è rimasta una piccola quantità di massa cerebrale sana.

Riguardo alla tecnica operatoria, le modificazioni apportate al metodo classico consistono nello spostare fortemente il muscolo temporale e nel recidere la radice dell'arco zigomatico e una porzione più o meno ampia della corrispondente squama del temporale. In tal caso si evitano le cicatrici deformi del muscolo temporale, che nel metodo operativo classico viene reciso e le sinechie di questo con la dura madre in corrispondenza della breccia ossea.

Gh. Ferreri e Ayala. — *Puntura della cisterna magna nelle paracusie.* — I due pazienti presentati dagli OO. da alcuni anni erano affetti da lesioni combinate dell'orecchio medio interno, bilaterale nel primo malato, prevalentemente a destra nella seconda paziente. Entrambi presentavano, oltre la sordità, uno stato vertiginoso e paracusie (ronzio) persistenti e refrattari a tutte le cure tentate.

I buoni risultati ottenuti da uno degli OO. (Ayala) nelle cure dello status epilepticus e delle crisi convulsive in serie mediante le iniezioni di Luminal sodico nella cisterna magna, hanno suggerito l'idea di tentare nei suddetti pazienti il medesimo trattamento curativo. Nel primo malato, infatti, fu praticata una sola iniezione suboccipitale, iniettando gr. 0.22 di Luminal natrium: ciò bastò per far cessare le paracusie ed a far migliorare anche i disturbi psichici. Le paracusie sono tuttavia ritornate, ma discontinue e tanto miti da non disturbare il paziente dall'agosto in poi, nell'adempimento delle sue ordinarie occupazioni. Nella seconda malata furono praticate, invece, tre punture suboccipitali, rispettivamente l'11, il 17 e il 27 agosto, e anche in essa il miglioramento della paracusia e dello stato depressivo fu rapido ed evidente.

Citelli. — *Nuovi fatti sperimentali e clinici che dimostrano l'influenza delle malattie del rinofaringe e dei seni sfenoidali sulla ipofisi centrale.* — L'O. ottenne nei conigli giovani delle evidenti alterazioni della ipofisi centrale, considerando brevemente il velopendolo. Conferma, dopo larga esperienza, l'efficacia della cura ipofisaria specialmente dopo che si asporta la malattia causale.

Carcò. — *Su un tumore maligno del seno sfenoidale e del rino-faringe di destra, con lesioni dell'ipofisi centrale.* — L'O. ha osservato, in un individuo di 50 anni, una tipica sindrome psichica da lesione ipofisaria — caratterizzata da sonnolen-

za, deficienza mnemonica ed astenia — esclusivamente dovuta ad un tumore maligno del seno sfenoidale e del rino-faringe di destra. Conclude rilevando come non sia più possibile ormai di trascurare nella interpretazione etiopatogenetica dei disturbi ipofisari di qualsiasi grado, le lesioni che potrebbero esclusivamente sembrare di pertinenza rinologica.

Gio. Ferreri. — *Disturbi ipofisari guariti con la trapanazione del seno sfenoidale.* — L'O. illustra un caso di disfunzione ipofisaria (cefalea costante a tipo ipofisario localizzata dietro i bulbi oculari, sonnolenza continua ed invincibile, abulia) comparsa da qualche anno in una ragazza 17enne. Seguendo i criteri del Citelli, l'O. ha ultimamente operata la paziente di trapanazione e raschiamento dei seni sfenoidali. L'esito è stato brillante e l'ammalata dopo un mese era completamente guarita ed il suo stato di benessere dura ormai da un anno.

Buccelli. — *A proposito di una trombosi del seno cavernoso.* — L'O. illustra un caso di trombo-flebite del seno cavernoso in un giovane di venti anni il quale presentava stasi imponente dei tronchi venosi epicranici di destra, esoftalmo lieve, oftalmoplegia e riduzione del visus a 1/10 dallo stesso lato.

Solo con l'esame radiografico si mise in evidenza una polisinusite fronto-etmoido sfenoidale che ulteriori ricerche dimostrarono essere su base luetica.

L'O. richiama l'attenzione sull'importanza che può avere l'esame radiologico in caso di difficile interpretazione come quello descritto e mostra alcuni *clichès* dimostrativi.

Torrigiani. — *Su di un caso singolare di tumore cranio-faringeo.* — L'O. richiama l'attenzione sui casi di tumori cranio-faringei perchè costituiscono dei capitoli di tipica pertinenza della Società Oto-neuro-oftalmologica in quanto in un primo tempo sono di dominio del rinologo ma cadono poi sotto l'osservazione anche del neurologo e dell'oftalmologo che per una giusta valutazione debbono conoscere anche i primi stadi e il modo di sviluppo e di propagazione dell'endocranio. Ne illustra un caso interessante.

Papale. — *Considerazioni sulla patogenesi della sindrome di Gradenigo.* — L'O. ricorda che ammetterebbe la diffusione della causa flogogena dal *recessus hypotimpanicus* attraverso la rete linfatica pericarotidea direttamente al nervo abducente durante il suo percorso nel seno cavernoso, che ne rimane estraneo.

L. Castaldi. — *Il lobo parolfattorio.* — L'O. ha trovato in giovani embrioni di cavia che il lobo paraolfattorio, la stria midollare, le vie parolfatto-bulbari sono già sviluppate quando ancora non lo è il lobo olfattorio. Distruggendo il lobo olfattorio o separando con un taglio il lobo parolfattorio dell'olfattorio ha trovato che non degenerano affatto la stria midollare e il sistema abenulare, confermando l'indipendenza del lobo parolfattorio, connesso all'olfattorio solo da poche fibre.

Trimarchi e Dalma. — *Il significato del riflesso naso-facciale in rapporto al sistema vegetativo.* — Gli OO. studiando il tono del sistema vegetativo in 15 soggetti per mezzo dei «tests» classici (adrenalina, pirocarpina, atropina) ed anche in 3 casi con l'ergotanina, in base alle loro risultanze deducono: che il riflesso naso-facciale è di natura parasimpatica e che non ha un gran valore semeiologico negli squilibri del sistema para- ed ortosimpatico.

Bruzzone. — *Sindrome completa ed incompleta del ganglio genicolare da herpes zoster.* — Accenna schematicamente a cinque casi clinici riflettenti le varietà della cosidetta sindrome del ganglio genicolato. Ritiene necessarie ulteriori ricerche anatomiche intese a meglio stabilire l'innervazione sensitiva del condotto uditivo esterno e della conca, dato che la morfologia ritiene tuttora il ganglio genicolato come ganglio viscerale.

Motta. — *Simpatico cervicale a tromba di Eustachio. (Studio istologico sperimentale).* — L'O. espone le sue ricerche istologiche sull'asportazione del ganglio simpatico cervicale superiore sinistro.

L. Canestro. — *Mieloma multiplo con localizzazione otomastoidea.* — L'O. illustra un caso di mieloma multiplo con localizzazione oto-mastoidea, che ritiene sia il primo caso descritto nella letteratura.

L. Canestro. — *Anastomosi ipoglosso facciale.* — L'O. riporta un caso di paralisi facciale post-operativa completa da lui operato due anni dopo di anastomosi ipoglosso facciale sinistra ottenendo i seguenti risultati: 1) la metà sinistra della volta in ottima condizione di trofismo; 2) l'occhio sinistro si chiude completamente con scomparsa del lagoftalmo; 3) la bocca si chiude bene e l'angolo boccale sinistro viene stirato bene verso l'esterno; 4) le labbra si costringono bene; 5) le gote si gonfiano bene con tenuta d'aria perfetta; 6) il riflesso corneale e congiuntivale a sinistra si compie normalmente come pure la reazione di ammiccamento; 7) le sincinesie anormali sono attenuate e poco disdicevoli.

Gio. Ferreri. — *Pseudo cisti sierosa ponto-cerebellare otogena.* — L'O. illustra un raro caso di meningite sierosa saccata pseudocistica di origine auricolare controllata all'autopsia.

(*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Cisti idatidee del polmone aperte nei bronchi e pneumotorace terapeutico.

Quello che ritarda ordinariamente la guarigione naturale della cavità cistica, è, nota F. Dévé (*Archiv. méd. chirur. de l'appareil respiratoire*, n. 2, 1926) la ritenzione delle membrane idatidee, non certo la mancanza di plasticità del polmone ambiente o di sottigliezza della parete cistica avventizia. La ritenzione del corpo straniero dipende dalla natura del contenuto parassitario, dalla larghezza dell'orifizio di comunicazione cisto bronchiale, dalla sede in altezza della cisti in quanto le cisti della base si evacuano più difficilmente di quelle dell'apice. A quali cisti polmonari aperte nei bronchi conviene dunque la collassoterapia?

Anzitutto abbiamo scartato le cisti non ancora rotte, anche se esse siano cisti centrali, di piccolo volume: è meglio in tali casi attendere l'apertura aerea con vomica naturale. Praticamente, le cisti per la collassoterapia saranno sempre delle cisti infettate dalla flora microbica bronchiale. Non vi è certo pericolo data la resistenza dello strato limitante, di una rottura nella pleura di una cisti sottoposta a collassoterapia, se essa è centrale, e se essa è corticale, la naturale formazione di aderenze eviterà l'avvenimento.

Non sono, dice l'A., d'accordo col Fossati nel ritenere necessaria la liberazione della cavità dalle sue membrane parassitarie per la collassoterapia, in quanto questa si renderebbe superflua, poichè tali cisti vuote guariscono spontaneamente e rapidamente. Il collasso polmonare attiva fortemente l'evacuazione dei residui idatidei nei bronchi.

Una formale controindicazione viene dall'esistenza di aderenze pleuriche a livello del lobo interessato, presenza che dovrà essere sempre sospettata nelle cisti sottocorticali, e cortico pleurali.

È dunque da considerare il pneumo solo nelle cisti centro polmonari, di piccolo o medio volume, largamente drenate nei grossi bronchi, esenti da aderenze pleuriche. Ora è stabilito che il 90 % di tali csiti, che abbiano dato una vomica spontanea, finiscono per evacuarsi con nuove vomiche e guarire bene senza bisogno di collasso. Che il collasso polmonare possa avere utilità, in certi casi, accelerando la guarigione, non v'ha dubbio; l'eliminazione dei lembi parassitari è spesso lunga, pur continuando il buono stato generale dei pazienti. Ma, infettatosi il contenuto, il malato continua ad avere espettorazione purulenta, più o meno abbondante, fetida, talora con emottisi recidivanti, con febbre, con cattivo stato generale: il malato si manda al chirurgo, ma l'esame radiologico non permette di ritrovare la sede precisa della cavità polmonare piocistica, nel mezzo di un'ombra più o meno estesa, dai contorni diffusi. In tali casi non bisogna esporre i malati ad operazioni indaginose, e si tenterà dapprima un pneumo terapeutico, ed in caso di scacco, si ricorrerà in definitiva al chirurgo.

Riassumendo dunque, applicabile, per principio, alle sole cisti idatidee centro polmonari, di volume modico, spontaneamente aperte nei bronchi, il Forlanini, costituirà assai raramente una terapia necessaria: ma poichè le cisti spontaneamente tardano a guarire, si potrà accelerare la guarigione nelle tre circostanze seguenti:

1) allorchè la guarigione naturale, sorvegliata nella sua evoluzione con periodici esami radiologici, tarderà, specie se l'espettorazione prolungata si complica ad emottisi ripetute;

2) allorchè la cisti centro polmonare darà luogo ad una cavità pio aerea persistente, per mancanza di plasticità polmonare pericistica;

3) allorchè in presenza di vomiche purulente con alterato stato generale, l'esame radiologico non permette di indicare al chirurgo la esatta sede della cavità da aprire. MONTELEONE.

Emorragie benigne delle prime vie aeree.

L'emoftoe, che tanto spavento provoca nei pazienti, non è sinonimo di emottisi nel 60 % dei casi; bisogna esaminare con scrupolo le prime vie aeree, per poter escludere una natura benigna di queste emorragie.

U. Calamida (*Pensiero Medico*, n. 31, 10 novembre 1926) sinteticamente ricorda le affezioni che possono provocare tali emoftoe.

Bocca: una lesione delle gengive, piccole ulcerazioni della mucosa orale, varici, tumori telengettasici del velopendolo, della lingua, possono provocare piccole emorragie, le quali, raccogliendosi durante il sonno nell'ipofaringe e nella regione laringea, sono espulse al mattino sotto i colpi di tosse con espettorato striato di sangue.

Rino-faringe: eccetto i tumori, si possono avere emorragie per infiammazioni della mucosa, le quali al mattino sono emesse con sputo misto a sangue rutilante.

Nelle faringiti pseudo-ipertrofiche ed atrofiche le alterazioni dei vasi venosi sono comuni.

Negli adenoidei, secondo Poli, i vasi sono voluminosi ed ipertesi, con facilità alle emorragie.

Nel naso piccole ulcerazioni — di natura luetica, tubercolare, ecc — possono passare inosservate, ma sono capaci di dare emorragie, le quali accumulandosi nella faringe sono espulse con abbondanti emoftoe.

Nella laringe non sono frequenti le emorragie, se si esclude la laringite emorragica.

Più difficili a ricercarsi sono le origini d'una emorragia della trachea; spesso bisogna ricorrere alla tracheobroncoscopia. Un tumore della trachea può spesso dare emoftoe; l'A. riferisce due casi con tali manifestazioni.

Bisogna per ultimo ricordare le emorragie non legate ad alterazioni della mucosa, ma a fatti generali, come le emorragie vicarianti, od a turbe isteriche: emoftoe delle isteriche.

CARUSI.

Significato dell'emottisi iniziale nella tubercolosi.

F. Trudeau studiando 245 pazienti ha osservato che nei casi ad emottisi iniziale la prognosi non è migliore o peggiore che negli altri. Nel 60 % lo sputo era già positivo pel B. Koch. Nell'80 % si udivano rantoli persistenti agli apici. Nel 70 % vi erano evidenti segni radiologici di lesioni tubercolari. Solo nel 4 % non si ebbero altri segni di lesioni tubercolari.

DORIA.

Eosinoplasia e basoplasia pleurica nelle reazioni asettiche della pleura.

M. Petzetakis (*Paris médical* n. 31 1926) studia alcune reazioni della pleura che si possono osservare nel decorso di varie affezioni broncopolmonari, in specie delle bronchiti catarrali acute: si tratta di versamenti asettici che si manifestano nella cavità pleurica come liquidi sierosi, siero fibrinosi, torbidi, puriformi, di rado sanguinolenti. La quantità del liquido è variabile: se ne può ritirare un mezzo cc., come 5, 10, 50 o più. I segni radioscopici sono insignificanti o nulli: si tratta per lo più di falde liquide nel seno costo diaframmatico o più in alto. Per lo più sono unilaterali: essi sono perfettamente sterili, microscopicamente mostrano per ogni mmc. 1000-6000-10.0000 elementi, e mentre in versamenti pleurici d'altro genere la eosinofilia è rara nei versamenti in oggetto è frequente; l'A., su 128 casi ha potuto riscontrarla in 60; il numero degli eosinofili, per cento, è stato sempre superiore al 10, variando in genere fra i 40 e gli 80; in un caso vi era il 98 % di eosinofili: questo nei versamenti para bronchiali, ma reazioni analoghe si possono avere nelle broncopolmoniti, polmoniti, infarti polmonari, influenza. Con lo studio dell'evoluzione di questi versamenti, l'A., è venuto nella convinzione che granulazioni basofile ed eosinofile hanno un'origine locale, donde il nome di eosinoplasia e basoplasia pleurale data al fenomeno: l'A. è dell'avviso che gli eosinofili del versamento provengono da una parte dalle cellule endoteliali e dall'altra dai mononucleari, più raramente magari anche dai polinucleari se essi esistono già numerosi dall'inizio. I preparati hanno permesso di seguire tutta la filiazione e la serie dei tipi intermediari fra la cellula endoteliale, il mononucleare, il mononucleato eosinofilo, e l'eosinofilo polinucleato. Esiste un rapporto fra la sterilità del versamento e la produzione delle granulazioni eosinofile. Il processo può spiegarsi come una involuzione protoplasmatica portante ad una degenerazione granulosa speciale che precede la morte naturale di queste cellule racchiuse entro una cavità asettica.

MONTELEONE.

Le iniezioni endovenose di calcio nell'asma.

Da tempo sono state consigliate le iniezioni endovenose di cloruro di calcio nel trattamento dell'asma e degli stati analoghi (febbre da fieno, orticaria). Il metodo è basato sull'ipotesi della deficienza di calcio nelle cellule dell'albero bronchiale, deficienza che sarebbe la causa provocatrice dei parossismi. Essa sarebbe dovuta o all'iperattività del vago che provocherebbe un aumento del contenuto delle cellule in potassio, oppure ad un'iperattività del simpatico, da cui risulterebbe una diminuzione del calcio. Per entrambe le condizioni sarebbero indicate le iniezioni endovenose di calcio.

Dalle ricerche di A. A. Tommen (*New York State Journ. of Med.*, 1 agosto 1926) risulta che tale medicazione è del tutto inefficace sia nei casi di vero asma, sia in quelli di orticaria, febbre da fieno, edema angioneurotico, malattia da siero ecc.

fil.

Sul trattamento della coriza.

J. Tarneaud (*Paris Méd.*, 4 settembre 1926) trova che l'epinefrina *per os* è in grado di arrestare lo sviluppo di alcune corize. Egli prescrive 10 gocce di una soluzione al millesimo, in un po' d'acqua, tra i pasti; occorrendo ripete la dose a 3 ore d'intervallo. Spesso tutte le manifestazioni morbose scompaiono un paio d'ore dopo la prima dose.

Nella patogenesi entra spesso in gioco il cambiamento subitaneo dal caldo al freddo, che determina una specie di « shock da freddo » il

quale turba il funzionamento del simpatico locale e determina una vasodilatazione della mucosa, predisponendo all'infezione. L'adrenalina agirebbe direttamente contro questo shock. La dose non avrebbe nulla d'immutabile.

L. V.

SEMEIOTICA.

Il segno di Babinski.

A. Tournay (*La Presse méd.*, 1926, n. 74) osserva che l'estensione delle dita del piede, consecutiva all'eccitazione della pianta, può essere limitata al grosso dito od alle due prime, ovvero non prodursi che per eccitazione della parte esterna della pianta: il fenomeno talora compare dopo parecchie eccitazioni. Si osserva in una serie di affezioni organiche (emiplegia, paraplegia), temporaneamente nell'epilessia, mai nell'isteria, tabe, neuriti pure. Tutte le affezioni che lo presentano, hanno questo di comune: perturbamento nelle funzioni del sistema piramidale. Non è un indice di gravità, della paralisi; può mancare anche in presenza di lesioni piramidali; può essere simulato nella paralisi infantile e nella nevrite quando la flessione è ostacolata: inversamente può essere impedito o soppresso per l'impossibilità dell'estensione, per ragioni centrali o periferiche. È fisiologico nei primi mesi dopo la nascita, può constatarsi nel sonno naturale o anestetico, nelle intossicazioni, scompare nella narcosi e talora nella posizione ventrale, nella crisi epilettica, o, nell'emiplegia, per rotazione della testa dal lato paralizzato. Il suo meccanismo è centrale: è una reazione che si effettua per le vie di un sistema non piramidale, liberato — parzialmente, o totalmente, transitoriamente o durevolmente —; potrebbe essere periferico per meccanismo ancora ipotetico all'origine del quale sta però la perturbazione centrale. Il suo significato teorico è quello di un riflesso di eccitazione minima sostituito ad un riflesso normale inverso? Non è necessariamente legato ai riflessi di difesa o di automatismo midollare. Forse è legato ad una regressione della funzione motrice della marcia, d'ordine mesencefalico corticale verso lo stato anteriore caratterizzato dalla prensione, di ordine paleoencefalico midollare. Il suo significato pratico è considerevole: è il più sensibile indice di perturbazione delle vie piramidali.

MONTELEONE.

*
* *

F. Marcora (*Pensiero Medico*, n. 31, 10 nov. 1926) ricorda le condizioni in cui si presenta il segno di Babinski.

Questo segno è fisiologico nei primi mesi di vita; può essere presente durante il sonno e l'anestesia; può scomparire però durante la narcosi, le crisi epilettiche ecc.

È specifico delle lesioni del sistema piramidale (emiplegie, paraplegie ecc.), può però mancare in queste forme morbose, quando per affezioni centrali o periferiche sia impedito il movimento di estensione. Manca costantemente nella tabe, nelle nevriti pure, nell'isterismo.

È opinione probabile che il segno di Babinski sia di origine centrale; meno accettabile è la teoria dell'origine periferica, con lesioni centrali.

In clinica ha una notevole importanza per svelare una lesione piramidale.

CARUSI

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 1985:

In italiano il *Trattato italiano di Radiologia*, l'unico del genere, in corso la 2a edizione; scrivere o prenotare il trattato presso il segretario della Società di Radiologia, prof. Ponzio, Ospedale Mauriziano, Torino.

Non esiste un trattato italiano di pura *tecnica*: numerose sono le pubblicazioni in francese.

M. E.

Al dott. P. L. da E. I.:

Deve presentare domanda in carta da bollo da lire 3 diretta al Ministero della guerra pel tramite del distretto di residenza, il quale la trasmette alla Direzione di Sanità Militare per sottoporre l'aspirante ad un esame teorico sul servizio in guerra e sull'igiene militare. Approvato in tale esame sarà trasferito nel corpo sanitario col grado di sottotenente medico, con l'anzianià che aveva in fanteria. Ottenuto il grado dovrà compiere un mese di servizio di prima nomina presso un ospedale del corpo d'armata di residenza.

C.

Al dott. G. D'Agata da C.:

Per la tubercolosi, veda il Trattato pubblicato dall'Istituto Editoriale Scientifico di Milano: *La tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale*. Ed inoltre: G. BRECCIA: *La cura delle malattie tubercolari del polmone*. Unione tip.-ed. Torino.

Per la malaria, veda il volume di SCHIASSI, pubblicato dalla Casa editrice di L. Cappelli di Bologna; esaurito il noto Trattato di V. ASCOLI; non ne esistono altri in Italia.

fil.

Antiluetici arsenicali « per os ». — Al dott. V. C. da Parenzo:

Lo stovarsolo, il treparsolo e simili, somministrabili per bocca, sono in genere bene tollerati. Esistono in commercio anche preparazioni speciali per bambini.

La loro efficacia profilattica è molto discussa ed è bene non fare su di essa soverchio affidamento.

V. MONTESANO.

All'abb. n. 10556-1:

Il titolo di Puericultore non è uguale a quello di Pediatra.

Il Puericultore si occupa di bambini sani, il Pediatra in senso stretto, di bambini malati.

A parità di meriti per un posto in un Ospedale sarà preferito il medico specialista in Pediatria; per un posto in un Istituto di Ricovero, in orfanotrofi e simili sarà preferito il medico puericultore.

Per gli istituti creati o sovvenzionati dalla Opera Nazionale il titolo di puericultura sarà il solo che abbia la preferenza purchè conseguito dopo aver frequentato i corsi indetti (e superati gli esami) dall'Oper. Naz. Prot. Mat.

Per libri da consultare in materia di assistenza ai fanciulli potrà servirsi del volume « L'Assistenza della Maternità e dell'Infanzia in Italia », Anonima Editoriale Romana, via Virgilio 14, e gli altri libri tecnici che potranno agevolmente essere scelti in base ai programmi.

V

VARIA.

L'ereditarietà del cancro.

La ereditarietà del cancro è argomento di attualità. Le considerazioni fatte sull'uomo non hanno condotto a risultati conclusivi, per la difficoltà di fare osservazioni su larga scala e di seguire le generazioni per un lungo periodo di tempo. Gli argomenti pro o contro poggiano su constatazioni limitate e su presunzioni teoriche ed analogie con altre affezioni.

Miss Maud Slye si è dedicata a questo studio ricercando il comportamento della trasmissione del cancro nei topi bianchi. Le sue ricerche hanno durato 25 anni e sono state eseguite su 50,000 topi, di cui 5000 affetti da tumori di varia natura.

La conclusione cui è giunta la ricercatrice sarebbe che il cancro non si trasmette per eredità diretta, ma per eredità mendeliana.

Come è noto, secondo Mendel, i caratteri trasmessi dai genitori possono distinguersi in dominanti e recessivi, a seconda che hanno tendenza a perpetuarsi o a scomparire. Mendel formulò le sue leggi in seguito alle esperienze fatte su vegetali, ma poi le leggi stesse risultarono applicabili anche agli animali. Così dall'incrocio di un topo grigio (carattere dominante) e di un topo albino (carattere recessivo) si hanno ibridi di colore grigio, perchè la pigmentazione è un carattere dominante. Incrociando due di quest'ibridi si ha una metà di grigi ibridi, un quarto di grigi dominanti ed un quarto di albini recessivi. Dagli incroci di questi prodotti della terza generazione si hanno i seguenti risultati: 1) dall'incrocio dei grigi dominanti si avranno sempre grigi, quantunque uno dei progenitori fosse bianco; 2) dall'incrocio di albini si avranno albini; 3) dall'incrocio degli ibridi si avrà una metà di grigi ibridi, un quarto di grigi dominanti ed un quarto di albini recessivi; 4) dall'incrocio di un grigio dominante e di un grigio ibrido si avrà una metà di grigi dominanti, un quarto di grigi ibridi, ed un quarto di albini, si avranno albini così da genitori grigi, ricomparirà cioè un carattere di un lontano progenitore; 5) dall'incrocio di albini e di grigi ibridi si avrà una metà di albini ed una metà di grigi ibridi, che incrociati tra loro daranno ancora grigi ibridi, grigi dominanti ed albini recessivi nella proporzione 2:1:1.

Miss Slye incrociò due topi di famiglie molto differenti: l'uno apparteneva a famiglia nella quale da parecchie generazioni non si erano verificati casi di cancro, l'altro a famiglia i cui individui erano morti di cancro. Un topo adunque aveva il carattere « cancro resistente », e l'altro il carattere « cancro recettivo ». Dall'incrocio di questi due topi si ebbero tutti « cancro resistenti ». Si poteva quindi concludere che il carattere « cancro resistente » era dominante, ed il carattere « cancro recettivo » era recessivo.

La conferma fu data dalla prova dell'ibridazione. Dall'incrocio dei topi (figli dei due suddetti) « cancro resistenti » ibridi si ebbe una metà di « cancro resistenti » ibridi, che non ammalarono di cancro, un quarto di « cancro resistenti » dominanti, che non ammalarono di cancro, ed un quarto di « cancro recettivi » recessivi, che morirono di cancro.

L'incrocio di « cancro resistenti » dominanti di questa seconda generazione produsse sempre « cancro resistenti », l'incrocio di « cancro recettivi » produsse sempre « cancro recettivi », quegli ibridi incrociati tra loro dettero una metà di « cancro resistenti » ibridi, un quarto di « cancro resistenti » dominanti ed un quarto di « cancro recettivi » che morirono tutti di cancro.

Dall'incrocio di un « cancro resistente » con un

ibrido nacque una metà di « cancro resistenti » ed una metà di ibridi.

Dall'incrocio di un « cancro recettivo » con un ibrido nacque una metà di « cancro recettivi » ed una metà di ibridi.

E successivamente sempre l'incrocio tra « cancro resistenti » dette « cancro resistenti », l'incrocio tra « cancro recettivi » dette « cancro recettivi » e l'incrocio di « cancro resistenti » ibridi dette sempre « cancro resistenti » ibridi, « cancro resistenti » dominanti e « cancro recettivi » nella proporzione di 2:1:1.

Queste esperienze dimostrano adunque che un topo non canceroso è capace di trasmettere il cancro per il fatto di essere ibrido.

Oltre a ciò la potenzialità cancerosa ereditaria si manifesta non solo come predisposizione generale, ma anche come predisposizione locale di organo: famiglie intere di topi ammalano di cancro del seno, altre del polmone e altre del fegato. E la trasmissione di questa predisposizione locale segue anch'essa il ritmo mendeliano.

Miss Slye infine ha potuto stabilire che nei cancri sperimentali prodotti mediante irritazioni meccaniche alcuni organi diventano cancerosi in seguito a piccoli traumi, mentre altri reagiscono solo con lesioni infiammatorie. Ora la suscettibilità di questi organi o regioni si trasmette anch'essa ereditariamente.

Tutte queste ricerche conducono adunque alla conclusione che nei topi la predisposizione al cancro spontaneo e la suscettibilità di un organo o regione al cancro provocato si trasmettono come carattere mendeliano recessivo.

Lynch ha ripetuto le esperienze di miss Slye ed è venuto alle seguenti conclusioni: la predisposizione dei topi al cancro si trasmette ereditariamente ma come carattere mendeliano dominante, per modo che dall'incrocio di topi « cancro resistenti » e « cancro recettivi » nascono topi « cancro recettivi ».

Per quel che riguarda l'applicazione di questi studi sperimentali alla patologia umana miss Slye osserva che allo stato attuale delle nostre conoscenze mancano fatti esatti concernenti l'eredità dei singoli individui della specie umana, e quindi non vi sono elementi per verificare sull'uomo l'esattezza dei risultati ottenuti con l'osservazione e l'esperimento sugli animali. Tuttavia le leggi generali dell'evoluzione e le analogie in altri campi consentono di applicare alla specie umana i risultati dello studio dell'eredità negli animali.

Le recenti ricerche fatte da Wachtel sugli antecedenti familiari di numerosi cancerosi condurrebbero alla conclusione che la predisposizione al cancro è evidentemente ereditaria nell'uomo nel 60 % dei casi, di cui il 25 % a titolo di carattere dominante. Watchel non crede alla trasmissione della predisposizione locale d'organo.

Brocq e Giet pur rilevando l'evidenza degli studi di Slye e Lynch non condividono l'opinione che la patologia umana corrisponda esattamente a quella dei topi e fino al punto che la trasmissione ereditaria d'un carattere così fragile quale è quella della predisposizione al cancro possa seguire rigorosamente le medesime leggi. D'altra parte gl'incroci sperimentali di miss Slye non sono punto conformi agli attuali accoppiamenti umani: i matrimoni tra cugini di primo grado e gli incesti tra fratelli e sorelle sono quasi sconosciuti nei paesi civilizzati dove appunto il cancro è più frequente.

Non si può negare l'importanza dei risultati delle ricerche sperimentali, pur facendo le dovute tare alle conclusioni analogiche che si voglion dedurre, e tanto meno si può negare valore ai dati statistici sull'eredità del cancro umano. Le une e le altre hanno valore indiscutibile per affermare la ereditarietà della predisposizione a questo male. Ma non bisogna per questo mettere in seconda linea i fattori meccanici e chimici che possono per se stessi provocare il cancro.

D'altra parte è certamente azzardato, almeno allo stato dei fatti, affermare che l'ereditarietà cancerigna nell'uomo segue esattamente le leggi mendeliane.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ABRUZZESE GIUSEPPE. *Rapporti tra mestruazione e gruppo sanguigno dal punto di vista costituzionale.* — Bologna, L. Cappelli, 1926.

AGOSTINI CESARE. *Sulla importanza del fattore psichico nei disturbi del linguaggio e della motilità nei parkinsoniani post-encefalitici.* — Perugia, Tip. Perugina, 1926.

ALFIERI EMILIO. *Nel cinquantenario della prima operazione cesarea Porro.* — Pavia, Tip. Cooperativa, 1926.

ID. *Le direttive terapeutiche nei casi di tubercolosi polmonare complicanti la gravidanza.* — Pavia, Tip. Coop., 1926.

BAJLA EUGENIO. *Il problema annonario ed i recenti provvedimenti legislativi.* — Milano, Stucchi, Ceretti, 1926.

BELLUCCI BRUNO. *Modificazioni della sostanza granulo-filamentosa per irradiazione sul midollo osseo e sulla milza.* — Perugia, Guglielmo Donnini, 1926.

BRAVETTA EUGENIO. *Due anni di terapia malarica della paralisi progressiva.* — Pavia, Tip. Cooperativa, 1926.

ID. *Tumore dei lobi frontali simulante la paralisi progressiva.* — Ibid.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

V. — Infermità contratta da un medico condotto per causa di assistenza sanitaria liberamente prestata in un Comune diverso da quello che è sede della condotta.

Un medico condotto contrasse grave infermità nel curare un ammalato appartenente ad un Comune diverso da quello nel quale egli prestava servizio per rapporto d'impiego. Essendone derivata la morte del medico, la vedova chiese la pensione privilegiata, la quale però fu negata dalla Cassa di previdenza. La controversia fu risoluta dalla Corte dei Conti, Sezioni Unite, con decisione 28 giugno 1926 n. 3467, la quale ha dichiarato che se il medico condotto contragga infermità invalidante o mortale nel curare ammalati di altri Comuni non è dovuta pensione privilegiata, ma si verifica un caso di rischio professionale comune a tutti i sanitari nell'esercizio del loro ministero, che può dar luogo a diritto a pensione, a carico dello Stato, soltanto se si tratti di malattie infettive di carattere epidemico a norma dell'art. 124 del T. U. delle leggi sanitarie, il quale dispone che « tutti i medici esercenti nel Comune in cui si sia manifestata una malattia infettiva di carattere epidemico hanno l'obbligo di mettersi a servizio del Comune stesso e in tal caso è loro applicabile il disposto degli art. 112, 113, del T. U. delle leggi sulle pensioni civili e militari 21 febbraio 1895 n. 70, a favore delle loro famiglie ».

La decisione è importante per l'argomento e per il contenuto; crediamo perciò opportuno riportarla integralmente.

« La Corte osserva nel merito che la tesi proposta e valentemente sostenuta dalla difesa della ricorrente, spazia bensì nel campo di concetti dottrinali, certo apprezzabili, ma, sebbene si cerchi di appoggiarla a qualche disposizione di leggi generali, essa non ha realmente base alcuna sulle disposizioni della legge speciale che regola il diritto a pensione dei sanitari comunali, ovverosia non ha base nelle condizioni alle quali la detta legge subordina il riconoscimento di tale diritto ed alle quali il giudice delle pensioni deve attenersi. Ora, dalla formula dell'art. 17 lett. B) — fondamentale in materia — del testo unico delle leggi generali e speciali riguardanti la Cassa depositi e prestiti e le gestioni annesse, approvato con r. d. 2 gennaio 1913 numero 453 (libro III, parte 3a), risultando che la infermità da cui possa derivare al medico condotto diritto alla pensione (ed in caso di morte diritto di riversabilità della medesima alla famiglia di lui giusta l'art. 26) dev'essere stata contratta a cagione delle sue funzioni; e nell'art. 20 comma terzo della legge stessa, disponendosi che la pensione di privilegio deve parzialmente essere messa a carico degli Enti presso i quali il sanitario abbia prestato servizio valutabile, emerge con chiarezza che non si possa disporre pensione se non quando si tratti di evento avvenuto per causa delle funzioni, esercitate, per di più, prestando servizio valutabile; ed è ovvio che le funzioni di medico condotto non si possono esercitare se non nella circoscrizione della condotta, alla quale uno è addetto, perchè fuori di essa quegli eserciterà bensì funzioni di medico, come qualunque altro professionista libero, ma non le funzioni inerenti allo speciale suo ufficio stipendiato. Di guisa che il medico condotto di un Comune, il quale contragga infermità invalidante o mortale, nel curare malati di un altro, incontra — dal punto di vista giuridico — il rischio professionale comune a tutti i sanitari nell'esercizio del loro ministero, che può dar luogo a diritto di pensione a carico dello Stato, solo nel caso che si tratti di malattie infettive di carattere epidemico, giusta l'art. 113 del testo unico di legge approvato con R. D. 21 febbraio 1895 n. 70. Nè potrebbe far trarre in equivoco sulla portata delle suindicate disposizioni, da applicare nel presente caso, il fatto che nel nuovo testo unico di legge sulla Cassa di previdenza dei sanitari, giusta le modificazioni introdottevi col r. d.l. 19 aprile 1923 n. 1000, la formula dell'art. 17 lett. b) sia stata (alla lett. d) alquanto variata, perchè la ragione di quella variazione mira, dalla data di attuazione della nuova legge, a fini ben diversi, come ha giustamente rilevato la R. Avv. Generale erariale nelle sue deduzioni scritte; nè, su questo punto, del resto, la difesa della ricorrente ha insistito.

« Alla tesi della stessa difesa, in quanto tende a dimostrare che il medico condotto, almeno in certe eccezionali circostanze, allorchè curi ammalati appartenenti ad altri Comuni, debba essere considerato in servizio, non suffragano nemmeno gli argomenti desunti dalle vigenti

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

disposizioni sull'ordinamento sanitario del Regno. Che questo ordinamento abbia una sua propria unità organica è fuori discussione: esso muove dal centro e si diffonde per il territorio dello Stato e per suo mezzo lo Stato esercita una sua alta funzione sociale per la tutela della pubblica salute; ed esso comprende e disciplina anche l'assistenza medico-chirurgica-ostetrica nei Comuni, facendone obbligo al medico condotto in quelli dove non vi sia almeno un medico liberamente esercente ed all'assistenza gratuita dei poveri non provvedano istituti pubblici di beneficenza, e facendone anche obbligo in quelli dove liberi professionisti esistono, per la sola assistenza gratuita ai poveri. Ma da tale unicità di ordinamento nessun argomento si può ricavare per sostenere ragioni di integrazione reciproca di servizio nelle condotte sanitarie comunali, aventi riflesso sullo stato giuridico del medico condotto, determinato da rapporti contrattuali d'impiego, esclusivamente formatisi fra il medico stesso ed il Comune al quale egli ha locato la sua opera.

Per quanto riguarda il trattamento di quiescenza dei sanitari e delle loro famiglie, le condotte sono bensì inscritte ad unico Monte pensioni, ma neanche dalla unicità tecnico-amministrativa di questo istituto, si può salire alle deduzioni della difesa ricorrente, tanto più che la Cassa di previdenza dei sanitari provvede solo, nei casi d'invalidità o di morte per eventi di servizio, alla pensione normale, sulla base dei sistemi di mutualità assicurativa e delle relative tabelle attuariali, mentre il più dovuto a complemento della pensione di privilegio viene lasciato a carico dei Comuni, presso i quali il medico invalidato o defunto abbia prestato servizio utile. Per costui e per la di lui famiglia è la legge che dispone; quando, invece, la invalidità o la morte fosse dovuta a causa di assistenza spontaneamente prestata dal sanitario a malati di altro Comune, col quale non fu mai in vita rapporto d'impiego, si dovrebbe far ricadere l'onere della pensione o sui Comuni tutti estranei all'evento, ossia in ipotesi non prevista da legge, oppure dovrebbe essere associato nell'onere il Comune ove l'evento ebbe a verificarsi senza che verso questo possa accamparsi alcun titolo nè nella legge, nè in rapporti precostituiti d'impiego; sarebbe, cioè, un onere cui mancherebbe ogni base giuridica. Senza dire che se il testo unico di legge sulla Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari di cui al R. D. 2 gennaio 1913 n. 453 (libro III, parte III), poteva parere divergere dalla ragione pura del sistema istituito per le pensioni medesime, la disposizione (art. 20) secondo la quale l'eventuale supero della pensione privilegiata su quella normale doveva andare a carico di tutti i Comuni presso i quali il medico condotto aveva prestato servizio utile e non del solo Comune in effettivo servizio del quale l'evento dannoso si era verificato; tale divergenza (onde la difesa della ricorrente ha anche potuto trarre un argomento a favore della sua tesi) è cessata per effetto della legge 19 aprile 1923 n. 1000, con cui furono apportate modificazioni al testo unico sovraindicato, essendo stato ivi disposto (art. 20 bis) che la eventuale eccedenza della pensione di privilegio, sulla misura di quella normale, vada soltanto a carico dell'ente presso il quale il sanitario prestava servizio al momento in cui riportò la ferita o contrasse la infermità invalidante o mortale: e ciò conferma in modo inequivocabile la ragione e lo spirito delle disposizioni regolatrici della subietta materia ».

Sin qui la decisione. La risoluzione di essa è però limitata al caso dell'assistenza prestata, per esercizio professionale *libero*, in altro Comune. Pur essendo discutibile la questione, non si può non riconoscere la consistenza giuridica del fondamento della decisione della Corte dei Conti. Ma è da avvertire che, per nostro giudizio, diverso sarebbe il caso della infermità contratta per causa dell'assistenza prestata nello stesso Comune o fuori della circoscrizione della condotta o, in genere, a cittadini che non hanno diritto all'assistenza gratuita. A norma dell'art. 3 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 « i sanitari condotti hanno l'obbligo di prestare, se richiesti, la loro opera anche ai non aventi diritto all'assistenza gratuita, in base alle speciali tariffe che saranno all'uopo stabilite dai Consigli degli Ordini dei sanitari ed approvate dal prefetto ».

Si tratta, in tal caso, di una prestazione inerente al rapporto di impiego e, per esso, obbligatoria.

Avvertiamo, infine, che la risoluzione della Corte dei Conti, essendo fondata esclusivamente sulle disposizioni speciali delle pensioni, non si può estendere *senz'altro* agli effetti dei congedi e delle aspettative.

☛ ***Pubblicazione indispensabile:***

Dott. Cav. Uff. ALBERTO VIGO (**Doctor Justitia**).

LA LEGISLAZIONE SANITARIA

:: in rapporto all'esercizio professionale ::

(Manuale contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che si riferisce all'esercizio professionale, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitari e del personale addetto ai laboratori di vigilanza igienica).

Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati sole L. **13.75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto. ROMA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Statistica delle cause di morte.

Col 1927 sono entrati in vigore nuovi moduli per la raccolta dei dati statistici riflettenti il *Movimento della popolazione* e le *Cause di morte*: questi ultimi interessano più da vicino i medici curanti, i quali devono rilasciare il consueto modulo B o B-bis (maschi o femmine) alle famiglie che ebbero un morto perchè queste possano fare la denuncia all'Ufficiale dello Stato Civile.

La prima parte del modulo è invariata: tuttavia il Presidente dell'Istituto Centrale di statistica, funzionante ora presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, richiama, con apposita circolare, l'attenzione dei medici sopra la notizia che si chiede circa il luogo in cui avvenne la morte, e cioè se *in casa propria* o *in ospedale*, poichè questa notizia si connette coll'altra riguardante la residenza (abituale od occasionale) del defunto nel Comune, che deve, a sua volta, fornire l'Ufficiale dello Stato Civile e che pel demografo ha grande importanza, onde stabilire il reale quoziente della mortalità in rapporto alla reale popolazione di un centro.

La seconda parte del modulo è affatto nuova; essa importa nei rispetti della statistica riguardante la protezione dell'infanzia. I dati nuovi che si chieggono hanno rapporto diretto colla provvida legge 10 dicembre 1925 sulla « protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia » e si riferiscono solo ai bambini al di sotto di un anno; ecco il testo:

1) Era stato allattato al seno? . . . per quanto tempo? . . .

2) L'allattamento era fatto esclusivamente al seno? . . . oppure in parte artificialmente? . . .

3) L'allattamento al seno era materno? . . .

Un'ultima raccomandazione vien fatta ai medici e riguarda le morti violente, sieno esse dovute a suicidio o ad omicidio, per la cui dichiarazione si invita ad indicarne, in modo chiaro, la causa vera e cioè: caduta, annegamento, avvelenamento, impiccagione, precipitazione dall'alto, investimento da treno, da autoveicolo ecc., arma da fuoco, da taglio, contundente, ecc.

Servizi igienico-sanitari.

Il Consiglio dei Ministri ha preso le seguenti deliberazioni:

Nell'intento di rendere più completo il piano di azione per la lotta contro il cancro e i tumori maligni, già stabilito dal R. D. L. 23 luglio 1926, n. 1427, si è stabilito che una parte dei fondi assegnati possa essere destinata anche all'acquisto del radio. Così lo Stato concorrerà a diffondere coi mezzi consentiti dalla tecnica la utilizzazione di questa efficace risorsa terapeutica.

Ha approvato il Regolamento per i laboratori provinciali e comunali di igiene e di profilassi, che stabilisce le modalità di assunzione del personale tecnico, le condizioni di ammissione e di carriera, nonchè le norme per il funzionamento dei laboratori.

Cronaca del movimento professionale.

Per la elezione dei consigli amministrativi degli Ordini dei sanitari.

Il Ministero dell'Interno ha diramato ai Prefetti la seguente circolare telegrafica:

« In pendenza attuazione nuove circoscrizioni amministrative molte provincie questo Ministero ritiene opportuno che non si proceda per ora elezione nuovi Consigli amministrativi Ordini sanitari triennio 1927-29. Se ne avvertono le SS. LL. per norma e conseguenti comunicazioni presidenti Ordini interessati ».

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

La Commissione amministratrice dell'Ordine comunica che nell'adunanza del 25 gennaio, in applicazione del disposto di cui all'art. 22 del Regolamento 12 agosto 1911, n. 1022 ha fissato in L. 20, anzichè in L. 30, come negli anni decorsi, l'ammontare del contributo annuo da corrispondersi dagli inscritti all'Ordine per il 1927.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOLOGNA. — 14ª cond. suburb.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre 1300 pov.; lire 500 bicicl. o L. 3000 cavalc., L. 1000 ambul.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 feb. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Chied. annunzio.

CANTAGALLO (*Firenze*). — Scad. 10 feb. V. fasc. 5.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Concorso interno uff. san. consorziale per quarantanove consorzi con norme art. 13 R. D. 29 nov. 1925 n. 2266. Scadenza 10 marzo.

DERNA (*Cirenaica*). — Il concorso a direttore dell'Ospedale è prorogato al 20 febbraio. È richiesta la specializzazione chirurgica. Vedi fasc. 4.

FAENZA. *Congregazione di Carità.* — A tutto febbraio chirurgo primario presso l'Ospedale Civile; L. 10,000, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di segreteria.

LAMPEDUSA LINOSA (*Girgenti*). — Scad. 15 feb.; per Lampedusa; ab. 329, poveri 10; L. 10,000 e 4 quadrienni dec.

MANCIANO (*Grosseto*). — A tutto 25 feb., capoluogo; L. 10,000, oltre L. 1500 assegno rivedibile e 10 trienni ventes.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.15. Titolo di preferenza: assistentato in reparto di chirurgia per non meno di 18 mesi. Serv. entro 20 gg. Ab. 4000 di cui 2600 riuniti.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico assistente interno residente nell'Ospedale Sanatorio V. E. III per tubercolotici, in Garbagnate; L. 4500 annue, oltre L. 1000 indenn. resid.,

alloggio, vitto, riscald., illuminaz.; obbligo residenza, pernottam. e serv. di guardia; scad. ore 16 del 2 mar.; tassa L. 50; età lim. 35 a. Chiedere annunzio. Rivolgersi Ufficio Protocollo (via Ospedale 5).

PALERMO. — Quattro medici di Sezione presso il Manicomio; L. 12,350 e tre quadrienni di L. 950; premio di attività L. 1000 annue; età maggiore di 21 anni (*sic*). Anatomo-patologo; L. 14,250 e due quadrienni di L. 950; indenn. serv. attivo L. 1200. Tassa L. 100. Rivolgersi all'Amministrazione, via Pindemonte. Scad. 10 feb.

POGGIO BUSIONE (*Rieti*). — Scad. 15 feb., ore 17; L. 10,500, oltre c.-v. in L. 1500 e assegno mezzi trasp.; quota capitaria L. 4 oltre i 1000 pov., L. 5 oltre i 2000; età lim. 30 a. (*sic*); tassa L. 50.10.

POGGIODOMO (*Perugia*). — Scad. 15 febbraio; lire 11,000 e 3 quinq. dec., doppio c.-v., serv. attivo, L. 4000 cav., L. 600 uff. san., L. 400 ambul.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

POZZAGLIA SABINA (*Roma*). — Pror. 15 febbraio; L. 10,500 per 1000 pov.; addiz. L. 4; quattro quadrienni; per uff. san. L. 400. Tassa L. 50.15.

PERGOLA (*Pavia*). — Scad. 15 feb.; L. 13,000 ad esclusione di ogni altra indenn.; 5 decimi quadriennali; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

REGGIO EMILIA. — Quattro condotte; proroga al 15 feb., ore 17. Vedi fasc. 2.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — È aperto il concorso per la nomina di 28 assistenti medico-chirurghi, da assumersi in servizio secondo il bisogno. Stip. L. 4500 annue. Scadenza ore 17 del 21 marzo. Domande alla Segret. Gen. dell'Istituto. Nel prossimo numero daremo più dettagliate notizie.

SERRUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 25 feb.; ab. 3008; pov. 300; L. 9000 e addizion. L. 2 e L. 3; 10 bienni ventes.; c.-v. in L. 100 pei coniugati, L. 65 pei celibi; L. 3000 cav.; tassa L. 50.10.

SONDRIO. — Scad. 20 feb.; direttore Dispensario antitubercolare; L. 14,000 e 5 quadrienni dec.; indennità di trasf.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. per Mazara del Vallo; L. 9000. Scad. 15 feb. Esami.

VALENZANO (*Bari*). — Scad. 10 mar.; L. 10,000 annue e 5 qudarienni di L. 500 ciascuno, senz'altro assegno. Chiedere avviso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di Napoli ha affidato l'incarico dell'insegnamento di clinica oto-rino-laringologica al prof. Deodato De Carli.

Al valoroso specialista i nostri cordiali rallegramenti.

Il dott. Ermanno Mingazzini, assistente nella R. Clinica Chirurgica e aiuto negli Ospedali di Roma, ha conseguito la libera docenza in Clinica urologica.

La Commissione esaminatrice era composta dai proff. Ferria, Fasiani, Bruni; il candidato svolse la lezione sulle Anurie.

Al nostro ottimo collaboratore esprimiamo i migliori rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Settimana sportiva scientifica.

Davos, 3-8 gennaio 1927.

Il prof. Loewy, direttore della stazione fisiologica di Davos, e il dott. Vogel-Eysern, medico pratico nello stesso luogo, ebbero l'idea di riunire lo sportsman e lo scienziato a un'adunanza, nella quale l'uno doveva mostrare l'applicazione pratica dello sport, l'altro tenere delle conferenze sopra i rapporti tra la medicina, la biologia, la pedagogia e lo sport. Unanime fu l'opinione di tutti i disserenti, che lo sport sia oggi un fattore di massima importanza per la vita sociale ed igienica delle nazioni.

L'interesse universale per lo sport è arrivato nella nostra epoca a tal punto, tra le nazioni colte, come non lo era mai stato dai tempi della Grecia antica. Ma come l'ideale purissimo della massima perfezione del corpo, caratterizzato nella celebre lotta di cinque specie (Tünfkampf), fu distrutto dall'avidità dei *records* (anche la Grecia antica aveva i suoi allenatori e professionisti); anche per noi si prospetta imminente il pericolo che il professionismo rovini il vero sport. Il pericolo forse non sarebbe tanto grande se si sottoponesse agli strapazzi d'un aspro allenamento solo chi ha natura fisica appropriata a tale impresa. Purtroppo non è così! Quanti hanno già perso la salute impiegando sopra la loro potenzialità le proprie forze! Interviene il còmpito del medico, diretto ad esaminare i candidati ed eliminare i non adatti. Ci sembra di massimo valore pertanto ciò che si pratica nei Paesi settentrionali (Danimarca, Norvegia, Svezia), dove è obbligatorio che ognuno, il quale intenda applicarsi ad una specie di sport, faccia prima una ginnastica ristretta alle parti meno bene sviluppate del proprio corpo. La fisiologia è oggi in grado, specialmente per le ricerche di Hill, Meyerhof ecc., di predire con la massima esattezza il grado di perfezione che ognuno può raggiungere nello sport. Quanto più grande è la riserva alcalina del sangue, tanto migliore è la prognosi. Il fisiologo stima di più una prestazione fatta con la massima economia delle risorse del corpo, che uno sforzo momentaneo, sebbene in grado di vincere un precedente *record* per una frazione di metro o di secondo.

Hill ha dimostrato nell'ultimo Congresso fisiologico a Stoccolma un apparecchio molto ingegnoso, che permette il controllo dello sforzo somatico durante il lavoro sportivo. Un corridore trapassa nella sua strada per parecchi archi di ferro, alti circa 2 metri, in comunicazione con un galvanometro. Egli porta sulla testa un piccolo magnete. Secondo la velocità nel momento in cui egli passa per un arco, la corrente elettrica nel galvanometro si dimostra più o meno intensa.

La questione del cuore sportivo non sembra ancora definitivamente risolta. Moritz (Colonia) crede che ogni dilatazione del cuore durante il lavoro sportivo sia patologica. Normalmente il cuore di-

viene in quest'occasione più piccolo in seguito a contrazioni più energiche. Naturalmente dopo un lungo allenamento si determina un'ipertrofia generale del cuore.

Come ed in che grado lo sport è adatto quale rimedio? Ciò dipende in primo luogo dalla definizione, molto difficile, della parola « sport ». Se ogni ginnastica ortopedica ecc. vi è compresa, se si ammette che già la semplice passeggiata sia una forma di sport, naturalmente il campo delle indicazioni è molto vasto. Per es. può essere di vantaggio per un tubercolotico polmonare, che faccia del movimento e non si tenga sempre in riposo assoluto. Ma se si comprendono sotto il nome di sport solamente gli esercizi più difficili o violenti, lo sport può essere un rimedio solo per la profilassi generale o nei casi non rari, dove un senso di depressione somatica può essere sollevato da un regolare allenamento meglio che dalla psicoterapia.

L'azione dell'allenamento è maggiore di come si credesse prima. Vengono alterati non solo il cuore ed i muscoli, specialmente necessari allo scopo relativo, ma tutto il corpo e in particolare il ricambio ed il sistema nervoso.

Si potrebbe domandarsi, e quest'era anzi l'opinione di molti partecipanti alla settimana sportiva, se non sarebbe necessario un contatto più intimo tra le scienze e la pratica dello sport. A Davos uomini di valore come Abderhalden, Moritz, Staehelin, hanno presentato relazioni sopra i loro temi rispettivi in forma di conferenze di carattere popolare. Discussione non c'era, almeno non in forma ufficiale. Ma ci pare che sono tante e tante le questioni aperte specialmente sui rapporti tra lo sport e la medicina e l'igiene, e che la vita sportiva e ginnastica sia ancora tanto differente nei singoli Stati, da rendere di grandissimo interesse un Convegno internazionale, per es. in occasione colla prossima Olimpiade (Amsterdam 1928), dove il pratico e lo scienziato potrebbero scambiarsi le loro idee od altra questione dello sport.

Dott. A. NEUMANN (Vienna).

☛ *Interessantissima pubblicazione:*

Prof. Dott. GIOACCHINO FUMAROLA
Docente e primo aiuto nella Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Roma.

Diagnostica delle Malattie dei Sistema nervoso

Prefazione e due capitoli del Prof. GIOVANNI MINGAZZINI

PARTE GENERALE: un volume in-8 di pag. VIII-352, in carta di lusso, nitidamente stampato, con 175 figure quasi tutte originali intercalate nel testo e 8 tavole fuori testo, a colori. Prezzo L. **42.** Per i nostri abbonati sole L **36,75.**

PARTE SPECIALE: 1) **Sistema nervoso periferico.** Un volume di pagine 242, con 67 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **28.** Per i nostri abbonati, sole L. **25,75.**

PARTE SPECIALE: 2) **Sistema nervoso centrale: MIDOLLO SPINALE.** Un volume di pag. 238, con 66 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **33.** Per i nostri abbonati, sole L. **30,25** in porto franco.

È in corso di stampa il vol. III della PARTE SPECIALE che tratta **IL CERVELLO.**

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola superiore per la malaria a Roma.

Accogliendo l'iniziativa dell'Ambasciatore d'Argentina e di altri Stati dell'America Latina, il Capo del Governo è venuto nella determinazione, come abbiamo annunziato, di creare in Roma una scuola superiore per la malaria.

Detta scuola avrà il còmpito di studiare i vari problemi clinici della malaria, e sovratutto quelli della terapia in relazione alla chinina ed a tutti i moderni mezzi di cura, nonchè i problemi della grande e piccola bonifica e dell'agricoltura come mezzo finale di risanamento. La scuola di cui sopra viene in questo modo a conglobare tutti i vari problemi di indole medica, economica e sociale. I corsi incominceranno ai primi di maggio e si chiuderanno in ottobre e ad essi potranno prendere parte i medici, ingegneri, agricoltori che a questo scopo saranno espressamente inviati dai Governi dell'America Latina, nonchè gli italiani e gli altri stranieri che ne facessero richiesta.

Il Governo italiano, dopo aver ufficialmente rivolto l'invito ai rappresentanti in Roma dei vari Governi dell'America Latina, ha tenuto a mettersi in particolare contatto con essi per la questione e li ha appositamente convocati a Palazzo Chigi.

Sono intervenuti: S. E. Oscar de Teffé, ambasciatore del Brasile; S. E. il signor Enrique Villag, ambasciatore del Cile; S. E. il signor dott. Fernando Perez, ambasciatore della Repubblica Argentina; S. E. il signor dott. Carlos de Armenteros, ministro plenipotenziario di Cuba; S. E. il signor Cesare Zumeta, ministro plenipotenziario del Venezuela, S. E. Don Diego Pons, ministro plenipotenziario dell'Uruguay, S. E. il sig. dott. Carlos Puig Casauranc, ministro plenipotenziario del Messico; il signor Don German Cisneros y Raygada, incaricato di affari del Perù; il signor Luciano Herrera, incaricato di affari della Columbia; il signor Don FFrancesco Guarderas, incaricato d'affari dell'Equatore.

L'on. Grandi, dopo aver illustrato il pensiero del Capo del Governo nel promuovere e rapidamente estrinsecare l'istituzione della scuola, ha annunciato che del Comitato d'onore faranno parte i rappresentanti dei Governi dell'America Latina.

La notizia è stata accolta con particolare compiacimento dei vari rappresentanti del Centro e Sud America.

L'on. Grandi ha poi annunciato che il Governo italiano avrebbe intenzione di chiamare a far parte del Comitato esecutivo anche l'Ambasciatore dell'Argentina, che si è fatto l'apostolo dell'iniziativa ed unisce una specialissima competenza in materia. I rappresentanti dell'America Latina hanno annuito con gran piacere.

Ciascuno di essi ha poi preso la parola per ringraziare il Governo italiano ed assicurarlo della adesione dei rispettivi Governi. In particolar modo S. E. de Teffé, ambasciatore del Brasile, nella sua qualità di decano, ha tenuto a riassumere

il pensiero dei suoi colleghi nei riguardi della iniziativa italiana, aggiungendo che essa avrebbe trovato un'eco particolarmente favorevole in Brasile, dove la malaria è stata studiata e curata con particolare attenzione.

L'on. Grandi nel ringraziare a sua volta i rappresentanti dell'America Latina, li ha assicurati che non avrebbe mancato di rendersi subito interprete presso il Capo del Governo e Ministro degli Affari Esteri delle espressioni di solidarietà e di adesione dei rappresentanti del Centro e Sud America per l'iniziativa del Governo italiano.

Avrà luogo un'apposita riunione interministeriale fra i vari Dicasteri interessati per tradurre in atto amministrativamente l'istituzione della scuola superiore di malariologia.

Opera per la protezione della maternità.

Le ispezioni eseguite nelle varie provincie del Regno per conto dell'Opera Nazionale hanno dato modo di constatare che nella quasi totalità degli stabilimenti industriali mancano sale di allattamento prescritte dall'art. 10 del testo unico 10 dicembre 1907, n. 818, della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli e dell'art. 40 del relativo regolamento 14 giugno 1909, n. 442. Si può senz'altro affermare che le sale di allattamento esistono soltanto nelle R. Manifatture dei tabacchi e in sporadici stabilimenti privati. Occorre anzi rilevare che quasi tutti gli imprenditori, per sottrarsi in modo assoluto agli obblighi di legge, rifiutano di assumere operaie coniugate e licenziano le nubili quando contraggono matrimonio come anche tutte le operaie, coniugate o nubili, che vengano a trovarsi in istato di gravidanza. Tali deplorevoli sistemi, in contrasto con le direttive del Governo Nazionale, debbono senz'altro essere eliminati; e l'Opera Nazionale a cui spetta la vigilanza nella rigorosa applicazione di tutte le norme protettive della maternità e dell'infanzia, ha stabilito di svolgere all'uopo una energica azione, richiedendo anche la collaborazione delle Associazioni Sindacali. Tale azione si svolgerà principalmente mediante un rigoroso controllo sugli stabilimenti delle varie provincie e la denuncia dei contravventori alle competenti autorità. D'altra parte, l'Opera Nazionale non mancherà d'incoraggiare in tutti i modi e di premiare eventualmente quegli industriali che non si limiteranno alla stretta applicazione della legge, ma provvederanno all'organizzazione di asili-nidi, refettori materni, ambulatori ed altri istituti assistenziali per le donne da essi impiegate nei rispettivi stabilimenti.

La Giunta Esecutiva dell'Opera Nazionale della Maternità e dell'Infanzia si è adunata ed ha provveduto su numerosi affari di ordinaria amministrazione. Nella stessa adunanza ha esaminato le domande di sovvenzione di numerose istituzioni pubbliche e private di assistenza, e previa una rigorosa valutazione per la situazione finanziaria e dei bisogni delle istituzioni stesse, ha concesso sussidi per la complessiva somma di oltre 350,000 lire.

Federazione della Stampa Medica Latina.

Abbiamo già dato ampia notizia del Congresso della stampa medica latina che viene organizzato a Parigi dal 28 al 30 aprile prossimo.

In questa occasione verrà costituita una Federazione tra le Associazioni della stampa medica delle nazioni latine. Ne è stato formulato lo statuto provvisorio, il quale prevede l'adesione delle Associazioni attuali e di quelle che potranno costituirsi in avvenire, nonchè dei periodici medici pubblicati nelle nazioni latine od in una lingua neo-latina. Scopo della Federazione sarà di stabilire rapporti di collegialità nella grande famiglia medica latina; di indire riunioni periodiche, in cui saranno dibattute questioni generali; di collaborare all'organizzazione dei Congressi medici. Essa comprenderà, quali soci *titolari*, i rappresentanti di periodici medici non gratuiti; come soci *onorari*, qualsiasi personalità benemerita della stampa medica; come soci *aderenti*, i collaboratori regolari di periodici medici. Sarà rappresentata da un Comitato permanente d'amministrazione. Si adunerà, di regola, ogni due anni. Ne saranno lingue ufficiali il francese, l'italiano e lo spagnolo. Lo statuto definitivo verrà approvato in seno al prossimo Congresso.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. L. M. Pierre, rue di Babylone 12, Paris VIIe.

La Società Internazionale di Storia della Medicina

ha tenuto la sua assemblea generale statutaria presso la Facoltà di Medicina di Parigi, sotto la presidenza del prof. Tricot-Royer, d'Anvers. Il prof. Laignel-Lavastine, di Parigi, fu confermato nella carica di segretario generale. Il prof. de Lint, delegato dell'Olanda, espose le grandi linee del prossimo Congresso internazionale, che si terrà dal 18 al 23 luglio. I « Medici historici » si aduneranno a Leida per i primi tre giorni, poi ad Amsterdam ove, sotto la direzione del prof. Nuijens, si organizza un'esposizione di tutte le opere d'arte olandesi riferentisi alla storia delle scienze e in specie alla medicina. Condizioni particolarmente favorevoli di soggiorno saranno riservate ai congressisti. In quella seduta fu anche regolata la situazione della Germania, Austria, Ungheria e Canadà, che parteciperanno ai lavori del Congresso.

Un banchetto fu offerto ai delegati stranieri dai membri della Società Francese di Storia della Medicina.

2a Conferenza della Croce Rossa Orientale.

Fu tenuta a Tokio dal 15 al 23 novembre, sotto gli auspici della Lega delle Società della Croce Rossa: 9 Nazioni vi furono rappresentate da 100 delegati; lo erano anche gli Stati Uniti. La conferenza discusse i soccorsi nelle calamità, l'assistenza infermiera e questioni d'igiene. Si fecero escursioni a Kamakura e a Nikko.

Scuola di perfezionamento in pediatria.

Organizzata presso la R. Università di Pisa, sotto la direzione del prof. G. Fiore, ha iniziato col 1° febbraio un corso di perfezionamento biennale, che comprende 16 materie (lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche). Tasse complessive lire 2675. In seguito ad esame, si consegue il diploma di specialista in pediatria.

Scuola di puericoltura.

Il 3 marzo presso la Clinica per le malattie dei lattanti della « Società degli Amici dell'Infanzia » di Trieste (via Manzoni 16) avranno inizio i corsi di puericoltura e assistenza all'infanzia per medici, promossi dall'O. N. per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia. Il corso avrà la durata di tre mesi. Domanda almeno 15 giorni prima all'O. N. (piazza Cavour 25, Roma), versando L. 200.

Ricordiamo che corsi analoghi sono stabiliti anche presso le Cliniche pediatriche delle Università di Bologna, Cagliari, Firenze, Genova, Messina, Milano, Padova, Torino, presso l'Istituto Marino « Enrico Albanese » di Palermo e presso la C. R. I. di Roma.

Corso sulle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari.

Si terrà nell'Ospedale Marittimo di Berck dall'11 al 16 aprile, dal dott. Etienne Sorel; tassa d'iscrizione 100 fr. Per informazioni rivolgersi al Dr. Delayaye, Hôpital Maritime, Berck-Plage (P. d. C., Francia).

Propaganda igienico-sanitaria nel Comune di Roma.

Una delle più felici iniziative del Governatorato di Roma, è stata l'organizzazione della propaganda igienico-sanitaria, compiuta per mezzo di cinematografie, di conferenze domenicali affidate a sanitari di valore e di conferenze serali nella Sala Minerva affidate a professori universitari. Una forma nuova di propaganda è stata ora avviata dal prof. Tito Gualdi, nella Sala Minerva, sotto forma di domande e risposte che interessano vivamente i numerosi intervenuti, avvivano l'insegnamento e lo rendono più efficace.

Facoltà di trasferimento all'estero dei professori universitari.

Con decreto del Ministro per la Pubblica Istruzione possono essere messi a disposizione del Ministro per gli Affari esteri professori di ruolo delle Regie università, dei Regi istituti d'istruzione superiore e dei Regi istituti superiori di magistero per insegnanti o per altri uffici scientifici presso Università o Istituti superiori all'estero sia nazionali che dipendenti da Governi stranieri, conservando la loro qualità di professori di ruolo in servizio attivo agli effetti della carriera e del trattamento economico.

La supplenza negli insegnamenti, di cui i professori anzidetti sono titolari, sarà a carico del bilancio dello Stato.

La biblioteca del sen. Mangiagalli.

Il sen. prof. Mangiagalli ha fatto dono della sua biblioteca privata — oltre diecimila pubblicazioni mediche, tra cui pregevoli e rare raccolte complete di Riviste e moltissimi trattati — all'Istituto ostetrico-ginecologico da lui fondato e che porta il suo glorioso nome.

Biblioteca e museo dell'Argentina all'Università di Milano.

Il Governo argentino ha deliberato di impiantare nell'Università della città di Milano una biblioteca ed un museo argentino, dotati sopratutto di quanto possa servire a far conoscere con certezza la situazione geografica, fisica, economica, demografica, politica, culturale e storica della Repubblica Argentina.

Nella stampa sanitaria.

« Maternità ed Infanzia », bollettino dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, esce in elegantissimi fascicoli mensili, artisticamente illustrati; reca una copiosa messe di articoli originali e d'informazioni nel campo scientifico, legislativo, assistenziale, la cronaca bibliografica, gli atti ufficiali dell'Opera. È diretto con sagacia e perizia da Attilio Lo Monaco-Aprile. Nel 1° fascicolo il prof. Valagussa fa valere le alte finalità sociali dell'Opera, che sono rispecchiate in questa magnifica pubblicazione, la quale nel suo secondo fascicolo si mantiene alla altezza con cui si è affermata fin dal primo apparire.

Esprimiamo il nostro plauso e il nostro pieno consenso per questa iniziativa, la quale è degna della nuova Italia.

L'abbonamento annuo importa L. 35 in Italia, L. 70 all'Estero; un numero separato L. 3.50. Gli uffici hanno sede in Roma (33), piazza Cavour 25.

*
* *

Il bollettino « Il Medico condotto » seguiterà le pubblicazioni anche per il 1927, per le comunicazioni riguardanti la Cassa di Assistenza e Previdenza dei Medici Condotti e quelle della Associazione Nazionale Antitubercolare dei Medici Condotti.

Diventerà l'organo ufficiale della Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti, appena questa avrà ottenuta la già richiesta autorizzazione; col segretario generale di essa (che deve essere nominato dal Ministro dell'Interno, di concerto col Ministro delle Corporazioni) il Direttore farà, a suo tempo, le opportune pratiche per il passaggio a lui della direzione del Bollettino stesso.

Le istituzioni terapeutiche in Prussia.

Nel 1924 si contavano in Prussia (esclusa la regione della Saar) 2195 istituzioni terapeutiche (ospedali, sanatori, cliniche, case di cura private, ecc.) il che segna un decremento di 7 rispetto al 1923. Il decremento è considerevole rispetto al 1913: esso risulta di 134 istituzioni, dovuto in massima parte alla perdita di territorio. Delle suddette istituzioni ve n'erano 1816 pubbliche e 397 private (contando solo quelle con almeno dieci letti). Durante l'anno furono istituite nuove cliniche universitarie a Münster.

Malgrado il decremento nel numero delle istituzioni, si è avuto un aumento nel numero dei letti, che da 177,184 nel 1913 sono passati a 206,516, cioè da 42.5 ogni 10,000 ab. a 54.8.

Per promuovere le ricerche mediche.

Alla chiusa di un banchetto dato in onore del dott. A. McLean di Detroit (Stati Uniti), furono raccolti dei fondi per una Scuola di ricerche scientifiche presso il Collegio di Medicina e Chirurgia di Detroit. Il sig. Robert Oakman offrì 25,000 dollari; il festeggiato ne dette 10,000, in memoria dell'Ospedale-Base N. 17, ove egli prestò servizio in Francia durante la guerra mondiale; il col. Edwin S. George ne offrì 25,000, a condizione che venga raggiunta la somma di almeno mezzo milione di dollari.

Esposizione medica a Filadelfia.

Farà parte dell'Esposizione Sesquicentennale e comprenderà modelli, fotografie, grafiche, apparecchi; sarà destinata al pubblico profano più che ai medici; l'organizzazione ne è affidata al direttore dell'Ufficio sanitario di Filadelfia, dott. Wilmer Krusen. Notevole la sezione cardiologica, la quale mostrerà il funzionamento di tutti gli apparecchi moderni per la diagnosi delle cardiopatie. Notevole anche la sezione di dietetica, con modelli in cera dimostranti la composizione dei cibi e le applicazioni alla profilassi ed alla cura di varie malattie. Nella sezione infantile vi è un reparto dei giocattoli pericolosi.

L'epidemia d'influenza.

In un Bollettino epidemiologico speciale della Società delle Nazioni sono consegnati vari dati sullo sviluppo dell'epidemia d'influenza in Europa. Ad esempio, risulta che a Berlino il numero dei casi d'influenza denunziati all'Istituto generale di assicurazione è passato da 158 il 27 dicembre a 688 il 5 gennaio; la mortalità è minima. A Parigi le morti da qualsiasi causa sono passate da 1077 nella settimana 21-30 novembre a 1942 nella settimana 21-30 dicembre, ossia sono quasi raddoppiati; la differenza è ascrivibile alla grippe, sia direttamente (da 11 morti a 139), sia indirettamente (per es. le morti da cardiopatia sono passate da 114 a 159).

Interessa seguire lo sviluppo a ondate dell'epidemia; così nella Svizzera dal 5 all'11 dicembre risulta attaccato dall'influenza solo il cantone di Berna; dal 12 al 18 dicembre essa raggiunge il massimo in questo cantone, ma cominciano ad essere colpiti i cantoni vicini; dal 19 al 25 dicembre decresce a Berna, mentre è fortemente colpita Basilea ed il numero dei cantoni attaccati si estende; dal 26 dicembre al 1° gennaio l'epidemia diviene generale.

Fatte poche eccezioni, la malattia ha assunto carattere benigno.

L'Italia non figurava attaccata fino ai primi di gennaio.

Il colera nella Galizia occidentale.

Secondo notizie di un'agenzia telegrafica di Varsavia, in alcuni distretti della Galizia occidentale è scoppiata una violenta epidemia di colera. L'epidemia è tanto più impressionante in quanto che il colera non suole manifestarsi d'inverno.

Per il nostro patrimonio idrominerale.

L'illustre clinico sen. prof. gr. uff. G. B. Queirolo, pubblica su l'ultimo numero del giornale *Terme e Riviere*, organo delle Stazioni curative e climatiche, una vibrata risposta ai compilatori del *Formulaire*, rivista medica francese edita a Parigi dagli eminenti scienziati G. Lamoine, professore di Clinica medica, G. Gerard, professore di Farmacologia, Doumex, professore di Fisica medica, e Varwerts, professore di Ostetricia, i quali parlando delle stazioni climatiche italiane hanno ispirata la pubblicazione a palesi prevenzioni.

L'articolo dell'illustre Clinico italiano, vibrante di sdegno e di finissima ironia, costituisce la più valida difesa delle stazioni curative in Italia, poichè controbatte con precisi dati di fatto e contrari pareri di illustri scienziati mondiali le assurde affermazioni della rivista francese.

È scomparso a 54 anni, il prof. GIUSEPPE GAVELLO, incaricato di oto-rino-laringologia alla R. Università di Torino. Lascia una copiosa produzione di prevalente carattere chirurgico e pratico; fu un apprezzatissimo insegnante; di animo buono, ha profuso le sue sostanze in opere benefiche. B.

A Locate Triulzi, ove fu per quasi mezzo secolo stimato medico condotto, si è spento, dopo brevissima malattia, prevedendo serenamente e stoicamente, come era per ottant'anni vissuto, la sua fine, il dott. ENRICO ROMANINI, costante esempio di probità e di modestia, largo di benefici.

E. V.

POSTA AMMINISTRATIVA.

Ci eravamo proposti di non occupare quest'anno neppure un rigo di spazio per rendere pubblico qualcuno dei giudizi che sulla alacre opera della nostra Redazione esprime, nell'occasione del rinnovo dell'abbonamento, la quasi totalità dei nostri abbonati; ma la falange dei consensi pervenutici negli scorsi giorni soverchia il nostro proposito e ci obbliga a non rompere la consuetudine. Stralciamo dai primissimi giudizi giuntici qualche brano delle lusinghiere espressioni inviateci per Il Policlinico.

Nel chiedere venia ai tanti (e sono molte e molte centinaia) cui, tirannia di spazio, ci impedisce riportare, neppure in stile telegrafico, i benevoli apprezzamenti manifestati per la modesta opera nostra, e per quella illuminata della nostra vigile Direzione, inviamo loro un cordiale ringraziamento. E vogliamo assicurare tutti i lettori del Policlinico *che, nell'intento di rendere il periodico sempre più rispondente alla pratica del giorno, terremo incessantemente l'orecchio teso ad ascoltare tutti i desiderata e che faremo tesoro di tutti i consigli che ci perverranno.*

La via della perfezione *da percorrere è per noi una mèta da raggiungere; gradualmente la percorreremo* usque ad finem.

L'EDITORE.

Il dott. GAETANO LIZIO BRUNO di *Palermo* scrive:

Al *Policlinico*, l'aurea Rivista, l'insuperabile compagno e valido aiuto del medico pratico nell'esplicazione delle diuturne battaglie invio i sensi della mia più viva ammirazione e del mio antico attaccamento, con il più fervido augurio di sempre migliori allori.

A Lei, che con lena instancabile profonde i tesori della sua inesauribile e meravigliosa attività a che il *Policlinico* risponda al fine grandioso prefissosi, esprimo tutta la mia più viva simpatia con l'augurio che questa possa esserci conservata ancora per molti e molti anni.

⁂

Il dott. ANGELO MARSELLA di *Maglie* (Lecce) scrive:

Siccome il *Policlinico* è il migliore, il più perfetto e completo giornale di medicina, siccome esso è veramente l'unico aiuto e consigliere per il medico lontano dalle Cliniche e dagli Ospedali, rinnovo fedelmente l'abbonamento.

⁂

Il dott. FRANCESCO SORACCO di *Chiavari* (Genova) scrive:

Rinnovo il mio abbonamento, beneaugurando a Lei ed al simpatico *Policlinico*, che io ritengo il migliore e più completo giornale professionale pel medico pratico.

Il dott. BRUNO BRUNI di *Vittorio Veneto* (Treviso) scrive:

Le esprimo tutta la mia soddisfazione per la utilità e la praticità immensa del suo *Policlinico*, e faccio voti acciocchè il periodico abbia sempre a prosperare e a diffondersi ognor più, per il bene di tutti.

⁂

Il dott. LORENZO MEUCCI di *Borselli* (Firenze) scrive:

Mi è caro porgerle le più vive grazie per la cortese sollecitudine, per il consiglio sempre buono e sempre anelato, per tutto il bene morale ed intellettuale che il *Policlinico* fa a noi medici condotti.

⁂

Il dott. cav. E. SAVIGNONI BEY, da *Cairo d'Egitto*, scrive:

Colgo l'occasione per augurare a Lei ed al suo interessante giornale moltissimi anni di vita, ed attestarle la più viva soddisfazione nel constatare quanto meritevole sia l'attaccamento che da ogni medico si porta a questo periodico, sempre primo a diffondere i progressi scientifici, ed a difendere gli interessi professionali.

⁂

Il dott. VITTORIO BRUN di *Vigone* (Torino) scrive:

Le rimetto la rinnovazione di abbonamento al *Policlinico* del quale sono sempre contentissimo, sia per il contenuto, sia per la disposizione della materia, che è la più pratica di tutti i giornali medici italiani.

⁂

Il dott. LUIGI BONACCHI di *S. Fiora* (Grosseto) scrive:

Non occorrono elogi al *Policlinico* e alla *Clinica Ostetrica*, basta il ripetere l'abbonamento.

⁂

Il dott. ALESSANDRO AMADEI di *S. Patrizio di Conselice* scrive:

Auguro che il nostro giornale abbia vita sempre più prospera e rigogliosa.

⁂

Il dott. ANGELO MARSELLA di *Maglie* (Lecce) scrive:

Rinnovo la mia fede e passione al caro *Policlinico*, e faccio voti per la vita e prosperità del bel giornale che è utile e indispensabile a tutti i medici.

⁂

Il dott. GIOVANNI BARBÈRA di *Bari* scrive:

Ancora sotto la graditissima impressione di averla conosciuta personalmente ai Congressi tenutisi a Padova nello scorso ottobre, Le invio vaglia per l'abbonamento del 1927 all'importantissimo *Policlinico* che nel continuo groviglio dell'enorme produzione polibibliografica della

Nostra scienza vecchia tiranna
Che reti a tesser sempre s'affanna

riesce veramente utile e luminoso ad ogni medico per effettuarne con sicurezza la novissima terapia: sempre avanti per i più alti destini della nostra Patria con Roma pallàdio dell'umanità.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Acta Medica Scandin., V-VI. — L. SALOMONSEN e M. HARBOE. Insufficienza renale nel coma diabet. — N. KERPPOLA. Diverse forme d'insufficienza renale.

Riforma Med., 31 mag. — F. GALDI. Le diatesi emorrag.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mag. — J. W. DRAPER e W. E. STUDDIFORD. Actinomicosi delle tube e delle ovaie. — G. L. MOENCH. L'iperemia passiva nel trattam. della cervicite cron.

Pens. Med., 10 giu. — G. TENAGLIA. Epiglottiti.

Journ. d. Prat., 5 giu. — H. GONGEROT. La sifilide latente recente.

Gaz. d. Hôp., 9 giu. — G. CARRIÈRE e E. GÉRARD Nuovo analgesico antireumatico: la crasopirina.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., apr. — P. FALGAIROLLE. Identificaz. dei gruppi sang. in ostetr.

Lancet, 12 giu. — A. MILLS. Il cloroformio.

Arch. di Patol. e Cl. Med., mag. — G. VIOLA. Abiti costituzionali fondamentali. — L. CONDORELLI. Ricambio del calcio.

Acta Med. Scandin., Supplem. XIV. — J. WAHLBERG. La sindrome tireotossicosica. — Suppl. XV. A. F. LINDBLOM. La funzionalità del polm. con pneumot. artif.

Journal A. M. A, 29 mag. — T. ORDWAY. Terapia conservatrice. — G. S. SWETLOW e S. P. SCHWARTZ. Trattam. del dolore cardiaco con iniez. paravertebrale di alcool.

Ann. d'Ig., mag. — M. DECLICH. Biochimismo dei meningococchi. — N. SETTE e D. CONSOLI. Agglutinine tifiche nelle gravid. e nel puerp. — N. PIETRAVALLE. Deviaz. del complem. — G. SANGIORGI. L'emanaz. di radio e le sue azioni biologiche.

Giorn. di Batter., ecc., giu. — C. CHIAUDANO. Coltivaz. del gonococco.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 13 giu. — R. MENASCI. Osteomalacia maschile.

Scalpel, 12 giu. — F. BREMER. L'influsso nervoso e le condizioni della sua trasmiss.

Gaz. das Clin. e dos Hosp., mag. — N. PENDE. Ulcera gastr. e spasmofilia costituz. — M. AZEVEDO FILHO. Omoinnesto testicolare.

Arch. di Ost. e Gin., 31 gen. — F. PATTI. La intradermoreazione per la diagn. di sesso fetale. — 15 apr. F. SPIRITO. Milza e genitali.

Med. Klinik, 18 giu. — GLASER. Progressi nel campo del sist. nerv. vegetativo. — VOGT. Cure dietetiche, con pillole di insulina.

Wiener Klin. Woch., 17 giu. — EISELSBERG. Cura dell'ulcera gastrica e duodenale. — PROSSER. Colecistografia col metodo perorale ed endovenoso.

Deut. Med. Woch., 18 giu. — SCHMIDT. Regole pratiche per la lotta antialcoolica. — KROO. Rapporti fra virulenza ed az. chemoterapeutica. — STARKENSTEIN. Antagonismo e sinergismo.

Anales Fac. Medicina, gen. 1926. — SAENZ e HAENDEL. Valore clinico dell'uricemia. — COLLAZO e MORELLI. L'ac. lattico nel sangue.

Riv. crit. di Clin. Med., 30 apr. — SICILIANO. Vagotonia e simpaticotonia. — PITTARELLI. Dosamento alcalimetrico dei solfati e fosfati nelle urine.

Am. Journ. Med. Sciences, giu. — JANET. Psiconeurosi. — BECK e GOLDSTEIN. La diagnosi urologica nella medicina interna. — WOZREN. La flora batterica del cancro delle mammelle.

Lancet, 19 giu. — DAHE-ELDER. Azione patologica della luce sull'occhio. — Mc GOWEN. Rapporti fra distruz. di tessuti e battericidia del sangue.

Rev. Médica Latino-Americana, apr. — FICHERA. Radioterapia e oncologia. — S. MAROTTA. Le sindromi motorie extrapiramidali.

Colt. Medica Moderna, 15 giu. — DE LUCA. Sterilizzazione tubarica temporanea. — BANZI. Le mal. predominanti sulle coste libiche.

Bol. del Instituto de Med. experimental, feb. — ROFFO. Le irradiazioni Roentgen dell'uovo e dell'embrione. — ID. La tossicità dei tumori e suo rapporto con le proteine.

Gaz. Hôp., 19 giu. — ZOELLER. Le anatossine.

Presse Méd., 19 giu. — VILLARET, BESANÇON e FAUVERT. Attinoterapia indiretta della tbc. polm. — BERNOU. Sulla sinfisi pleurica.

Prensa Médica Argent., 30 mag. — SEGURA. La duodenite acuta.

Münch. Med. Woch., 18 giu. — FRIEDBERGER. Le azioni della vita giornaliera. — PETTE. Le iniezioni endorachidee di siero nell'encefalite.

Estudios Médicos, mag. — LLOPIS LOPEZ. Applicazione clinica delle vitamine. — SOLER. Psichiatria forense.

British Med. Journ., 19 giu. — MOTT. L'eredità nelle malattie mentali. — IHAW. Emorragie post-climateriche.

Boston Med. a. Surg. Journ., 10 giu. — RICHARDSON. Lo jodio nel gozzo esoftalmico. — WARREN. Tumore del fegato con metastasi nel cuore e peritoneo.

Minerva Medica, 20 giu. — CURRADO. Diabete insipido ed estratto ipofisario.

Rev. españ. de Med. y Cirug., giu. — FARRERAS. Il salvarsan nella parotite epidemica. — ROSELL. Progressi nella terapia dell'app digerente.

Archivos Argentinos enferm. Aparato digestivo y Nutricion, 1926, n. 4. — PAVLOWSKY. Sindrome epigastrica di Rova nell'appendicite acuta. — MARTIN e CORNAS. Dolicogastria e gastroptosi: differenziazione radiologica.

Le Scalpel, 19 giu. — DANBRESSE-MORELLE. Trattamento delle dermatosi con gli agenti fisici (raggi X).

Paris Médical, 19 giu. — Numero monografico sulla ginecologia ed ostetricia.

Pediatria, 15 giu. — FLAMINI. La vitamina antirachitica dell'olio di feg. di merluzzo nell'organismo infantile. — CENNATÀ. Complicaz. delle vie urinarie nella pertosse.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

Pubblicazioni della nostra Casa Editrice a disposizione dei signori abbonati:

Prof. F. LA TORRE

IL FORCIPE

Seconda Edizione riveduta e aggiornata dal **Prof. PAOLO GAIFAMI**
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari.

Un volume in 8° di pagg. IV-132 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 62 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **24**. Per i nostri abbonati sole L. **21.90** franco di porto.

Dott. Prof. PAOLO GAIFAMI Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari.

Prontuario di Terapia Ostetrica

Vademecum per il medico pratico.
Prefazione del Prof. ERNESTO PESTALOZZA
Seconda edizione, riveduta e ampliata.

Premessa alla II edizione.

Nel curare questa seconda edizione, che ha la ventura di essere contemporaneamente tradotta in spagnuolo per opera del dott. RICART, *coi tipi della Casa Editoriale Reus di Madrid, mi sono sopratutto proposto di conservare al Prontuario la fisionomia di praticità e brevità, che già assicurò la fortuna della prima edizione. Per il testo mi sono perciò limitato ad alcuni ritocchi ed a brevi aggiunte, anche per non accrescere la mole del volumetto, che non può e non deve sostituire il trattato, ma vuole restare un* **vade-mecum** *del medico pratico. Ho invece provveduto ad un profondo rimaneggiamento delle figure per aumentare la efficienza didattica; più della metà sono nuove, tratte o da fotografie o da disegni originali. Per le fotografie ringrazio il dott.* M. B CETRONI; *per i disegni devo particolare gratitudine al dott.* C. SCHIRALLI, *che ha in questa occasione rivelate promettenti attitudini. Sono anche grato all'egregio editore Pozzi, che ha permesso tale rinnovamento delle illustrazioni e che ha curata con signorile larghezza la presente edizione.*

Voglio infine ringraziare i Maestri e gli amici, che hanno fatto buon viso al mio lavoro, contribuendo alla sua diffusione, e spero che vorranno ancora continuargli il loro prezioso appoggio, non ostante le inevitabili mende che ancora vi troveranno.

PAOLO GAIFAMI.

Un volume, in formato tascabile, di pagg. XII-314, con 105 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata ed elegantemente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **28.** Per i nostri abbonati sole L. **25,50**, in porto franco e raccomandato.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo « **per l'Ufficio postale Succ. diciotto », ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

Indice alfabetico per materie.

ANNO XXXIV Roma, 14 Febbraio 1927 Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

REPETITA JUVANT

Ai Ritardatari. Il richiamo da noi fatto agli *abbonati indolenti* nel numero del 31 gennaio u. s., forse perchè stampato nella penultima pagina del fascicolo, è stato poco letto. Lo abbiamo constatato, purtroppo, dallo scarsissimo risultato avutone, pochissimi essendo stati, nel corso di queste due settimane, gli inadempienti che si sono messi in regola con la nostra Amministrazione. Per toglierci il dubbio che tale sconfortante esito vada attribuito al punto non adatto da noi scelto per stampare tale genere di *fervorini*, lo ripetiamo ora su questa prima pagina confidando che esso abbia miglior sorte e induca chi sa di non averlo fatto ancora *ad adempiere il proprio dovere senza altro ritardo.*

Si rammenta che aggiungendo — al prezzo di abbonamento — L. 5 se in Italia o L. 10 se all'Estero, si acquisterà il diritto di ricevere, franco di porto, il semi-premio: « Una gloria della Medicina Italiana: MARCELLO MALPIGHI », volume di pagg. VIII-123 con ritratto del grande biologo italiano.

N.B. — Per inviare il dovuto importo, servirsi di Vaglia Bancario circolare riscuotibile in Roma o di Vaglia Postale tratto sull'Ufficio Postale succursale diciotto di Roma, intestandoli sempre al nome del sig. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14.

L'EDITORE.

NOTE E CONTRIBUTI.

SEZIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE MORGAGNI IN FORLÌ
diretta dal prof. SANTE SOLIERI.

Ancora sulla profilassi e sulla cura della peritonite acuta coll'argento colloidale introdotto nella sierosa

per il prof. SANTE SOLIERI.

La mia prima comunicazione sull'uso dell'argento colloidale nel peritoneo all'atto della laparotomia per lesioni suppurative degli annessi risale al febbraio 1924, quando ne parlai davanti alla Società medico-chirurgica della Romagna. Il lavoro comparve per esteso ne « Le Progrès Médical » di Parigi (N. XXII, maggio 1924).

Poi nel Congresso della Società Italiana di Chirurgia, tenutosi nell'ottobre 1924 in Milano (*Atti della 31ª adunanza*), io esposi i risultati soddisfacenti ottenuti coll'introduzione dell'argento colloidale nella sierosa al momento della laparotomia *sia nei casi in cui per la natura della lesione e dell'intervento era a temersi un inquinamento del peritoneo, sia nella cura della peritonite circoscritta e diffusa.* Raccomandavo, come conclusione, ai colleghi di voler sperimentare il metodo, da cui potevano venire assai migliorate le statistiche della cura chirurgica delle malattie settiche addominali.

Debbo dire che, per quanto mi risulta dalla letteratura, la raccomandazione per ora non ha avuto gran seguito. Questo mi induce a ritornare sull'argomento.

Solo il Mosti di recente ha pubblicato un lavoro

sul trattamento della peritonite acuta con iniezioni endoperitoneali di argento colloidale (1). In un operato per appendicite perforatoria si ebbe alla 2ª giornata la manifestazione di una sepsi peritoneale generalizzata. La iniezione nella sierosa di 6 fiale di argento colloidale e successivamente di altre 6 scongiurò il pericolo gravissimo e l'operato fu salvo. Mi consta, per comunicazione scritta dello stesso prof. Mosti, che in altri due casi pure assai gravi di peritonite Egli ha avuto dalla iniezione endoperitoneale del colloide esito favorevole.

Il dott. Pantaleoni, allora addetto al gabinetto di analisi del nostro Ospedale, ebbe da me l'incarico di studiare sperimentalmente l'azione biologica locale e generale dell'argento colloidale iniettato nella sierosa peritoneale sana ed ammalata. Egli sperimentò sulle cavie; le conclusioni del lavoro (2), rigorosamente condotto e completo, furono le seguenti:

L'argento colloidale è un ottimo stimolante dei poteri di difesa di tale sierosa; la sua azione sembra più attiva che non quella delle altre sostanze finora tentate; spiega la sua azione con maggiore efficacia se portato direttamente sul focolaio di infezione. Il suo meccanismo di azione consiste nel richiamare localmente un'abbondante quantità di leucociti, nell'aumentare il potere fagocitario e stimolare l'azione protoplasmatica delle cellule endoteliali. Il potere bactericida, se pure si esplica, è meno evidente e più tardivo. Le dosi tossiche dell'argento colloidale introdotto nel peritoneo sono assai alte, mentre gli effetti benefici locali e generali si hanno ugualmente con dosi assai piccole.

La mia esperienza clinica, iniziata ancora prima delle ricerche di laboratorio, e le risultanze di queste mi indussero ad intensificare l'uso dell'argento colloidale immesso direttamente nella sierosa in via profilattica e curativa allo scopo di prevenire o dominare la infezione del peritoneo.

Ho introdotto il colloide sempre attraverso la ferita laparotomica all'atto stesso della operazione, con la quale si praticava la exeresi e la toletta del focolaio morboso (appendicectomia, annessiectomia, isterectomia, colecistectomia, ecc.).

La quantità di colloide iniettato variò da 1 a 6 fiale da 5 cmc. (*Electrargol Clin* senza isotonizzante) a seconda della età, dello sviluppo organico, della infermità per cui si interveniva e dello scopo da raggiungere, profilattico cioè o curativo, aumentando la dose nel secondo caso.

Moltissime volte si chiuse la parete addominale senza drenaggio.

Mai si ebbero a notare fenomeni tossici.

*
* *

Qui riferisco la mia statistica dal 1924 ad oggi che comprende 118 casi.

Il materiale per la sua abbondanza e varietà meriterebbe una illustrazione assai ampia, ma desidero contenere questo articolo in misura tale che possa essere inserito in una rivista di indole pratica di massima diffusione, appunto perchè sia letto e conosciuto dai più.

Fu usato l'argento colloidale:

In via profilattica:

Appendiciti acute (*a*) (flemmonose o gangrenose): N. 24, m. 1.

Annessiti gonococciche purulente (*b*): N. 17, m. 0.

Annessiti specifiche suppurate (*c*): N. 4, m. 1.

Gravidanze extrauterine con ematocele settico (*d*): N. 2, m. 0.

Varie (*e*): N. 3, m. 0.

Totale N. 50. Morti 2.

Trattamento chiuso: N. 38; aperto N. 12.

Mortalità: 4 %.

(*a*) In molti di questi casi esisteva reazione flogistica più o meno accentuata del peritoneo parietale e viscerale, aderenze omentali o delle anse del tenue, ma non vi era collezione di pus. Il ventre fu drenato in 7 casi, negli altri tutti si chiuse completamente la parete addominale in primo tempo. Nel caso in cui si ebbe esito letale si formò una raccolta purulenta nella loggia renale destra.

(*b*) In 7 di questi casi vi era complicante appendicite acuta, in 1 caso miomatosi dell'utero, in 1 cisti ovarica suppurata. Il ventre restò drenato in 4 casi, in tutti gli altri fu chiuso in primo tempo.

(*c*) Il ventre fu chiuso in primo tempo. Nel caso di morte si ebbe polmonite al 4° giorno di trattamento.

(*d*) In entrambi i casi trattamento chiuso.

(*e*) In un caso trattavasi di perforazione dell'utero per manovre abortive con prolasso in vagina di 30 cm. di intestino tenue disinserito dal meso: isterectomia subtotale, resezione di 40 cm. di intestino tenue con enteroanastomosi terminale; trattamento chiuso. Nel secondo caso si trattava di invaginazione ileo-tiflo-colica per cui si dovettero resecare 35 cm. di tenue e tutto il cras-

---

(1) MOSTI R. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 14, anno 1926.

(2) PANTALEONI P. *Ricerche sperimentali intorno all'azione dell'argento colloidale sul peritoneo.* Studium, anno XV, N. 5, 1925.

so sino a metà del sigma; ileo-sigmoidostomia latero-laterale; trattamento chiuso del ventre. Il terzo caso si riferiva ad una isterectomia totale addominale per cancro del collo dell'utero in cui vi fu, per complicanze insorte, senza dubbio inquinamento della sierosa.

Fu usato l'argento colloidale:

In via curativa:

Peritoniti circoscritte da appendicite (*f*): N. 40, m. 0.

Peritoniti diffuse da appendicite (*g*): N. 12, m. 3.

Peritoniti di orgine annessiale (*h*): N. 6, m. 0.

Peritoniti da colecistite (*i*): N. 2, m. 0.

Peritonite tifica (*l*): N. 1, m. 0.

Peritoniti diffuse di genesi non chiara (*m*): N. 4, m. 2.

Peritoniti specifiche acute (*n*): N. 3, m. 0.

Totale N. 68. Morti 5.

Trattamento: chiuso N. 55; aperto N. 33.

Mortalità: 7.36 %.

Mortalità nella peritonite diffusa di varia patogenesi (meno quelle di natura bacillare): 20 %.

(*f*) In tutti questi casi vi era presenza di pus, talora in grossa raccolta, più o meno circoscritta da aderenze fra le anse o dall'omento, e da essudati fibrinosi. In 19 casi si drenò il focolaio, nei restanti si chiuse in totalità la parete addominale. Non è qui luogo di indicare i criteri che mi hanno guidato nella chiusura o meno del ventre in primo tempo, essendo ciò illustrato in altre mie pubblicazioni.

(*g*) La massima parte di questi pazienti era in condizioni gravissime, essendo mia abitudine di rifiutare l'intervento solo quando nessuna speranza vi è di fare un beneficio al malato. In 4 casi si chiuse il ventre in primo tempo; nessuno di questi fu seguito da morte.

(*h*) La peritonite era in queste osservazioni della sezione sottombelicale del ventre. Il processo erasi iniziato dalle trombe o da cisti dell'ovario suppurate. Il ventre fu chiuso in primo tempo, salvo in 1 caso.

(*i*) La peritonite era della sezione sopra ombelicale del ventre; in uno dei due casi si diffondeva sopra la volta del fegato. Trattamento aperto in entrambi i casi.

(*l*) Trattamento chiuso, previa sutura dell'ulcera perforata.

(*m*) Casi tutti quattro di gravità eccezionale. Uno si pensò potesse essere da migrazione dall'appendice flogosata, uno fu di origine ematica da pneumococco, essendo insorta dopo una polmonite crupale, gli altri due, che ebbero esito infausto, si presentarono di inverno quando vi era la epidemia influenzale. Le colture dal pus dimostrarono una associazione complessa bacterica (streptococchi, diplococchi, stafilococchi, ma non il B. coli). In due casi il ventre fu chiuso, negli altri due si drenò. Dei morti l'uno era drenato, l'altro no.

(*n*) L' esperimento fatto coll'uso dell'argento colloidale in queste forme acute di peritonite tubercolare ebbe un risultato favorevole, anche controllato a distanza di tempo. La parete addominale fu suturata in totalità.

*
* *

Chiunque ha esperienza nella cura chirurgica delle lesioni settiche del ventre, e della peritonite in ispecie, comprende come ai dati statistici riferiti occorrano pochi commenti, poichè la eloquenza delle cifre è chiara.

Io posso affermare che, essendo invariata la tecnica dell'operare, la quale deve essere nella chirurgia settica addominale quanto mai metodica, esatta e scrupolosa, ho veduto in questi ultimi anni i miei risultati di gran lunga migliorare. E non dubito di riferire questo all'azione dell'argento colloidale immesso nella sierosa, perchè è l'unico elemento nuovo introdotto nel modo di trattamento. D'altra parte le ricerche sperimentali del Pantaleoni danno ragione precisa e completa dei risultati brillanti ottenuti.

Perciò insisto nel raccomandare ancora ai colleghi il metodo che, mentre non presenta per l'infermo pericolo alcuno, varrà a ridurre la mortalità per peritonite a cifre meno impressionanti.

Novembre 1926.

LABORATORIO DI MICROGRAFIA
E BATTERIOLOGIA DELLA SANITÀ PUBBLICA
diretto dal prof. B. GOSIO.

Nuovo episodio collettivo di intossicazione alimentare da sorelli (sardine) sott'olio.

Prof. M. PERGOLA.

I primi casi di ictiosismo, che mi capitò di studiare più anni or sono, si riferivano ad intossicazioni alimentari provocate da tonno sott'olio (1), da cui appunto riuscii ad isolare i primi batteri, che riconobbi capaci di elaborare nella derrata un principio particolare termostabile, eminentemente tossico per gli animali da esperimento.

Proseguendo questi studi, dapprima potei accertare in via sperimentale, cioè mediante l'inquinamento artificiale coi germi tossigeni isolati dal tonno, che anche le sardine sott'olio costituivano un substrato molto adatto alla produzione di quel

veleno, ed in seguito, tra molteplici campioni di pesci conservati inviati in esame, ebbi occasione di imbattermi in una scatola di sardine sott'olio, contenenti già di per sè il medesimo veleno termostabile (2).

L'isolamento del batterio tossigeno, che aveva dovuto agire in questo caso, non fu possibile, essendo rimaste sterili le culture aerobiche ed anaerobiche di dette sardine.

Tuttavia era un nuovo progresso che la casistica ci offriva nella conoscenza dell'ictiosismo, perchè il campione in parola dimostrava che pure per l'intervento di circostanze non appositamente provocate, ma puramente accidentali, le sardine, al pari del tonno, potevano contenere l'ormai noto veleno.

Un ulteriore progresso ci ha ora permesso la casistica, coll'episodio collettivo di intossicazione alimentare, che passo a riferire, dovuto a sorelli (sardine) sott'olio: oltre il solito principio tossico, si è riusciti infatti a rinvenire nelle sardine incriminate il germe in causa come produttore del veleno.

Ecco le informazioni raccolte in proposito (*):

Il 6 maggio 1926, alle ore 12, a Massa (provincia di Massa-Carrara) un pranzo costituito da:

a) sorelli sott'olio, come antipasto;
b) pasta asciutta;
c) patate in umido con carne;
d) insalata con cipolle ed uova;
e) formaggio;
f) caffè;

fu consumato dai seguenti individui:

1) Luigi M., di anni 57;
2) Gregorio P., di anni 55;
3) Giovanni G., di anni 41;
4) Eugenio G., di anni 28;
5) Elvira V., di anni 53;
6) Alfonso C., di anni 42;
7) Attilio R., di anni 38;
8) Uno chauffeur, di anni 18.

Le sardine furono ingerite anche da un'altra persona:

9) il cuoco;

e tutti ne mangiarono una o due per ciascuno.

Il primo a manifestare sintomi di avvelenamento fu il cuoco, verso le ore 14, ed a lui seguirono entro breve tempo gli altri, ad eccezione del Gregorio P., che non risentì alcun disturbo.

I fenomeni morbosi consistettero in dolori gastrici ed addominali con vomito, diarrea, sudori profusi ed in alcuni dei colpiti anche offuscamento della vista. In nessuno dei pazienti si manifestò febbre.

(*) Ringrazio sentitamente il medico provinciale dott. PELLEGRINI, che tanto gentilmente me le ha procurate.

I casi più gravi furono quelli delle persone segnate ai numeri 6 e 7, di cui la prima anzi fu sottoposta pure al lavaggio gastrico. In esse lo stato tossico si protrasse per tre giorni, con grave debolezza cardiaca, e nella convalescenza si ebbe uno stato adinamico, che perdurò a lungo. Gli altri sei individui, ai quali fu somministrato subito un purgante, presentarono fenomeni meno gravi e rimasero indisposti per due o tre giorni senza ulteriori conseguenze. Tutti gli otto pazienti guarirono.

Particolari indagini chimiche, cliniche e sierologiche non furono fatte per mancanza di mezzi. Fu praticata invece una prova biologica: appena avuta notizia dell'avvelenamento, fu data a mangiare ad un cane una parte delle sardine sospettate tossiche, e l'animale mostrò per due o tre ore dopo l'ingestione una certa inquietudine e malessere. Il giorno successivo si era completamente rimesso.

Le sardine in questione, nella quantità di circa 2200 grammi, erano confezionate in scatola di latta saldata, che si presentava in condizioni normali: ben chiusa e coi fondi non rigonfi. Così pure non risulta che all'apertura della scatola fosse stato notato alcunchè di anormale, come fuoriuscita di gas, od altro. Le sardine però, a quanto si riferisce, apparivano di colore grigiastro ed un po' disfatte anzichè, come di solito, piuttosto consistenti. L'olio era torbido.

Nelle informazioni fornite non si fa cenno dell'odore e del sapore della derrata. È da ritenersi che tali caratteri organolettici fossero stati normali, dappoichè nessuno ebbe a rilevare nulla in proposito nè prima, nè dopo manifestatisi i fenomeni tossici, e sarebbe stato invero strano che odore e sapore anche lievemente non gradevoli fossero rimasti inavvertiti da tutti quanti i consumatori.

Il residuo delle sardine, nella quantità di circa 1 kgr., fu inviato al nostro Laboratorio per le opportune indagini.

Allo stesso scopo furono trasmesse anche altre otto scatole integre della medesima ditta e marca, ma il loro contenuto, in ottimo stato di conservazione, sterile ed innocuo, fu riconosciuto commestibile.

* * *

Molto interessanti sono i risultati delle indagini eseguite sulle sardine incriminate.

All'esame macroscopico le sardine appaiono tutte ridotte in frammenti. Questo stato, dovuto indubbiamente alle manipolazioni subite, indica che la loro consistenza era diminuita, come del resto si era già notato all'apertura della scatola e si po-

teva pure direttamente verificare, tentando di spappolarle nell'acqua.

In quanto ai caratteri organolettici, non si rileva nulla di particolare: il colorito è grigiastro-argenteo, l'odore quello caratteristico normale, il sapore non si è ricercato.

L'olio è in scarsissima quantità.

L'esame batterioscopico, praticato su preparati allestiti dai frammenti di sardine più voluminosi, colle modalità e precauzioni indicate altrove per il tonno sott'olio (3) allo scopo di accertarne lo stato microbico, fa rinvenire scarso numero di cocchi e di bacilli, con prevalenza di questi ultimi.

Le culture aerobiche ed anaerobiche in brodo ed in agar ordinari, nonchè in brodo di sardine e di tonno sicuramente commestibili (*) risultano positive.

Mediante le culture di isolamento, allestite dalle precedenti culture brute, o direttamente dalle sardine in esame, si ottengono quattro specie batteriche, rappresentate due da bacilli e due da cocchi. Di ciascuna di queste specie si pratica il passaggio per la cultura pura in agar e brodo ordinari ed in brodo di sardine e di tonno. Solo la cultura di uno dei bacilli è patogena per la cavia inoculata per via endoperitoneale.

Analogamente la cultura bruta originaria in brodo comune uccide la cavia, e dal sangue del cuore si ottiene un bacillo corrispondente a quello risultato patogeno in cultura pura

Le culture brute originarie in brodo di sardine o di tonno, e le culture pure, nei medesimi substrati, del bacillo riconosciuto patogeno, somministrate agli animali da esperimento:

a) per via endovenosa (coniglio);

b) per via endoperitoneale (cavia);

c) per via sottocutanea (cavia);

si dimostrano eminentemente tossiche, provocando la morte dell'animale entro pochi minuti nel primo caso, entro 20-30 minuti nel secondo, più tardivamente nel terzo. Uguale tossicità presentano i corrispondenti filtrati per candela Berkefeld e le culture uccise mediante riscaldamento a pressione ordinaria, od alla pressione di una atmosfera in autoclave: il veleno dunque è filtrabile e termostabile. Il bacillo ed i cocchi risultati non patogeni, non sono neppure tossigeni.

Per accertare se nelle sardine incriminate, oltre il germe tossigeno rinvenuto, esistesse il relativo veleno, se ne è preparato l'estratto acquoso alla temperatura ambiente, alla temperatura di ebollizione ed a quella corrispondente alla pressione di una atmosfera in autoclave: essendo risultati tossici tutti gli estratti così ottenuti, vuol dire che le sardine contenevano già elaborato il principio attivo, solubile in acqua.

Per mancanza di materiale non ho potuto fare la prova di alimentazione negli animali. L'ho praticata però con sardine rese tossiche per inquinamento artificiale col bacillo tossigeno isolato da quelle in esame, e poichè ho avuto esito positivo, se ne deduce che il veleno agisce anche per via digerente.

Il quadro fenomenologico provocato negli animali corrisponde a quello dovuto al veleno riscontrato talvolta nel tonno sott'olio, e di esso ha pure tutte le altre proprietà che abbiamo finora conosciute, in quanto:

a) oltre che per la cavia ed il coniglio, è attivo per il colombo, il gatto ed il cane;

b) oltre che in acqua, è solubile in alcool etilico;

c) è insolubile in etere solforico, cloroformio e benzolo;

d) resiste senza denaturarsi, non solo a pressioni e temperature elevate, ma anche all'azione della luce e dell'aria;

e) è dializzabile.

Questi caratteri, essendo piuttosto generici, non bastano a dimostrare identici il veleno delle sardine e quello del tonno: occorrerebbe infatti conoscere esattamente la loro natura e costituzione chimica. Ma non si può negare che valgano per lo meno a giustificare il sospetto della loro identità.

Riassumendo pertanto, si è avuta occasione di studiare un episodio di intossicazione alimentare da sardine sott'olio, episodio particolarmente interessante, perchè:

1) si sono potute praticare le indagini sulle sardine della medesima scatola di quelle che avevano provocato manifestazioni morbose in otto su nove consumatori;

2) si è riusciti a rintracciare il solito particolare principio tossico per gli animali da esperimento, e l'agente batterico riconosciutone produttore.

BIBLIOGRAFIA.

(1) M. PERGOLA e A. M. COLLODI. *Contributo allo studio dell'ictiosismo.* Il Policlinico, Sezione pratica, 1910. M. PERGOLA. *Osservazioni su alcuni tonni tossici per l'uomo.* Il Policlinico, Sez. pratica, 1912.

(2) M. PERGOLA. *Le intossicazioni alimentari da pesci conservati. (Tonno e sardine sott'olio).* Il Policlinico, Sez. pratica, 1914.

(3) M. PERGOLA. *Tonno sott'olio non commestibile. Tossicità per gli animali da esperimento e stato microbico.* Il Policlinico, Sez. pratica, 1916.

(*) Il brodo di sardine o di tonno si prepara così:

Sardine o tonno	gr. 100
Acqua	cmc. 100-200.

Si cuoce e si filtra.

LEZIONI.

La trasfusione del sangue nel trattamento delle varie malattie.

(H. ROLLESTON. *British Medical Journal*, 27 novembre 1926).

La trasfusione del sangue appartiene a quella categoria di rimedi che per la loro azione energica presentano inconvenienti e pericoli, in rapporto sia alle difficoltà della tecnica, sia alle influenze di vario genere esercitate sull'organismo.

La frequenza delle reazioni consecutive alla trasfusione varia di molto a seconda degli osservatori. Dalle statistiche finora pubblicate risulta che disturbi di vario genere (brividi, febbre, cefalea, vertigini, shock) si possono avere secondo alcuni nel 15 % dei casi e secondo altri fin nel 63,6 %.

I disturbi molto gravi dovuti a forte incompatibilità, ad embolia gassosa e ad edema pulmonare dovrebbero essere evitati avendo cura di scegliere bene il donatore in modo che il suo sangue sia adeguato a quello del ricettore ed essendo molto scrupolosi nella tecnica. Tuttavia vi sono reazioni di origine e natura ancora oscura, che si verificano malgrado ogni precauzione. Verisimilmente vi sono incompatibilità che sfuggono agli esami fatti *in vitro* e che si rivelano nell'organismo del ricettore. Così in alcuni stati morbosi, come nell'anemia perniciosa, nell'ittero emolitico cronico, e nelle malattie cachetizzanti, è probabile che il sangue acquisti proprietà particolari che non rientrano nei quattro gruppi sanguigni finora noti. Al riguardo è a notare che attualmente la compatibilità tra il sangue del donatore e quello del ricettore si saggia unicamente con il comportamento delle emazie trascurando del tutto i leucociti e le piastrine, il cui contegno potrebbe invero dare utili avvertimenti.

Le reazioni si hanno più frequentemente dopo la trasfusione di grandi quantità di sangue e più dopo ripetute iniezioni che dopo una sola, e ciò, in rapporto a shock anafilattico da sensibilizzazione del paziente. L'aggiunta di sostanze anticoagulanti, come il citrato di soda, aumenta le probabilità di reazioni, forse perchè esse aumentano la vulnerabilità delle emazie e quindi facilitano l'emolisi.

Le reazioni provocate dalle trasfusioni possono così raggrupparsi: 1) reazioni acute e fulminanti dovute all'agglutinazione o all'emolisi: sopravvengono immediatamente dopo la trasfusione e possono essere evitate saggiando preventivamente il gruppo sanguigno del datore e del ricettore; 2) reazioni tardive o proteolitiche dovute non ad emolisi ma a batteriolisi o allo sdoppiamento di sostanze proteiche provenienti da tessuti lesi di un focolaio infettivo; queste reazioni sono considerate legate a processi conservativi e talvolta riescono benefiche; 3) reazioni sistematiche o costituzionali, per lo più febbrili, sono le più frequenti ed hanno origine ignota: da alcuni sono attribuite ad emolisi, da altri a batteriolisi o proteolisi.

La trasfusione sanguigna trova la sua principale indicazione nelle gravi emorragie acute traumatiche o postpartum: i discutibili inconvenienti derivanti dall'aumento della pressione sanguigna che essa induce sono più che bilanciati dall'aumentata coagulabilità del sangue.

Nelle emorragie croniche o ricorrenti può agire come un astringente perchè fornendo fibrinogeno aumenta la coagulabilità del sangue: in effetti però si tratta più di un palliativo che di una cura radicale.

Nelle anemie croniche la trasfusione agisce nel rifornire i corpuscoli rossi deficienti. Ma la sua azione è affatto transitoria fino a quando perdurano le cause dell'anemia (infezioni, neoplasie, affezioni degli organi ematopoietici).

Giova fornendo le sostanze di cui il sangue si trova impoverito, come gli anticorpi nelle infezioni acute ed emoglobina funzionalmente attiva negli avvelenamenti ossicarbonici nei quali l'emoglobina è resa inattiva dalla fissazione con il CO.

La trasfusione sanguigna eccita l'attività del midollo osseo. Nelle affezioni di questo tessuto, come nella leucemia, fornendo sangue ne corregge la disturbata funzione, e ciò perchè il midollo adeguatamente nutrito attiva la sua funzione emopoietica. Nelle anemie croniche, specialmente in quella perniciosa e addisoniana, eccita l'attività del midollo osseo, secondo alcuni perchè il sangue trasfuso contiene ormoni eccitanti l'attività midollare o anticorpi neutralizzanti i veleni anemizzanti, e secondo altri perchè l'emoglobina avrebbe il potere essa stessa di eccitare il midollo osseo. È stata avanzata anche l'ipotesi che il sangue trasfuso mette in istato di riposo il midollo osseo, che così riacquisterebbe la perduta capacità di rispondere agli stimoli.

La trasfusione giova nelle forme tossiemiche. Al riguardo è a notare che forse essa agisce nelle emorragie acute sopratutto per il suo potere antitossico. È stato dimostrato che nelle emorragie acute la morte più che alla diminuzione della quantità del sangue è da attribuirsi ad uno stato tossiemico determinato dall'imperfetta distruzione dei prodotti tossici: la trasfusione ristabilisce il metabolismo normale e facilita anche la distruzione di questi prodotti tossici. D'altra parte è discutibile che la diluizione

del sangue a mezzo della trasfusione possa riuscire vantaggiosa nelle gravi tossiemie: in questi casi è più indicato il salasso.

Nelle setticemie la trasfusione agisce attraverso la immissione di leucociti battericidi la cui azione è rinforzata dal potere opsonico del siero.

Non è stato ancora stabilito se esistono controindicazioni per la trasfusione. Libmann e Ottenberg consigliano che nella pulmonite e nella congestione pulmonare la trasfusione non deve mai praticarsi. Izod Bennet la sconsiglia nelle emorragie gastro-intestinali, perchè potrebbe provocare nuove emorragie da parte di ulceri che hanno cessato di dar sangue. Keyner però è di avviso opposto. Horder, che l'ha anche adoperata nella colite ulcerativa, sostiene che la trasfusione può affrettare la guarigione dell'ulcera peptica.

Nell'anemia cronica dovuta a ripetute emorragie e nel deperimento generale la trasfusione sanguigna rende ottimi servigi mettendo in grado il paziente di sopportare gl'interventi chirurgici specie nei casi ginecologici e nelle affezioni emorragiche del tubo gastro-intestinale. In questi casi può essere necessario ripetere la trasfusione durante e dopo l'operazione. Quando la condizione non richiede l'intervento urgente Libmann e Ottenberg raccomandano un intervallo di due giorni tra la trasfusione e l'operazione.

La trasfusione è stata molto impiegata come preventivo dello shock operatorio: Blain e Brines l'hanno praticata in tutte le operazioni di gozzo e di stenosi pilorica nei bambini, ed hanno notato una riduzione della mortalità.

Nelle affezioni emorragiche e nelle condizioni nelle quali la perdita di sangue è continua o ripetuta fino al punto da diventare pericolosa, la trasfusione riesce utile per la immissione di fattori trombogenici, come le piastrine nella porpora emorragica. Per quanto possa sembrare paradossale, l'aggiunta di citrato di sodio non riduce gli effetti emostatici del sangue trasfuso. La trasfusione fino a poc'anzi era ritenuto l'unico trattamento della porpora emorragica, recentemente è stato dimostrato che quest'affezione si cura molto bene con la splenectomia.

Nelle affezioni emorragiche dei neonati, nel melaena neonatorum, la trasfusione presenta grandi difficoltà tecniche: può essere utilizzato il sinus longitudinal superior, la giugulare esterna o la vena ombelicale.

La trasfusione dà buoni risultati nelle emorragie emofiliache: per ottenere effetti emostatici basta l'iniezione di 100 cmc. di sangue. Le immissioni devono essere più abbondanti per controbilanciare gli effetti di una profusa emorragia.

Negli itteri, durante i quali le perdite sanguigne sono facili, la trasfusione è indicata come preventiva in caso di eventuali interventi chirurgici

Il valore della trasfusione sanguigna nell'anemia perniciosa e addisoniana è stato variamente apprezzato; la irregolarità del decorso dell'affezione e la tendenza alle remissioni spontanee aumentano l'incertezza dei giudizi al riguardo. Per alcuni autori essa sarebbe efficacissima, per altri darebbe miglioramenti transitori, e per altri infine sarebbe del tutto inefficace e anche dannosa.

Nell'anemia infantile splenica, nell'anemia pseudoleucemica dei bambini, nell'anemia febbrile acuta, nell'anemia pleiocromica la trasfusione avrebbe dato, nelle mani degli autori che l'hanno impiegata, buoni risultati.

Nella leucemia la trasfusione è stata impiegata nel doppio intento di arrestare le emorragie e di esercitare un'azione curativa radicale. Se il primo intento è stato raggiunto, per il secondo tutti i tentativi fatti finora non sono stati incoraggianti.

È opinione generale che la trasfusione non è indicata, se non è addirittura controindicata, in tutte le setticemie acute.

Nelle infezioni croniche è stata adoperata con vantaggio in varie condizioni.

Nelle intossicazioni da ossido di carbonio la trasfusione è molto efficace, per le ragioni già accennate. Alcuni autori consigliano di farla precedere da un salasso.

Nell'uremia e nel coma diabetico la trasfusione è stata raramente adoperata. Blair Bell ottenne da essa la guarigione in un caso di eclampsia puerperale. La trasfusione è stata anche preconizzata come diuretico nell'oliguria, come vantaggiosa nella tossiemia intestinale e nelle scottature dei ragazzi.

Nella debolezza precoce e congenita dei bambini che perdono peso malgrado ogni cura, Guèniot ottenne buoni risultati dalla trasfusione di 10-20 cmc. di sangue nel sinus longitudinal superior. Cross conferma questi risultati.

DR.

☛ *Importante pubblicazione:*

Prof. dott. BERNARDINO MASCI
della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma

Tecnica Terapeutica Ragionata medica e chirurgica.

Prefazione del prof. AGOSTINO CARDUCCI.

Un volume di pagg. VIII-845 (N. 18 della Collana Manuali del « Policlinico »), nitidamente stampato su carta semipatinata, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. — Prezzo L. **78.** Per i nostri abbonati sole L. **72,** franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Il problema della febbricola.

(G. MARAÑON. *La Medicina Ibera*, 25 ottobre 1926).

Vi sono molte affezioni che si accompagnano a febbricola; quindi, allorchè si è già fatta la diagnosi, la piccola elevazione di temperatura non è che un elemento nel corteo dei sintomi ed il problema non interessa che scarsamente il clinico. Così, per esempio, quando si è fatta diagnosi di anemia perniciosa e si osserva nell'infermo una febbretta continua.

Ben altrimenti vanno le cose quando la piccola febbre si presenta come primo elemento del quadro clinico. La febbre, come il dolore, è un sintoma assai comune e che induce spesso il paziente a consultare il medico, ma al tempo stesso è di significato diagnostico assai vago e, da sola, non ci dà alcun indizio per la diagnosi. Infinite sono le probabili malattie che possono dare la febbre: la causa può risiedere in un focolaio infiammatorio ed in tal caso, si attende nella speranza che altri sintomi o le ricerche di laboratorio illuminino la diagnosi.

Le difficoltà si moltiplicano quando si tratta di scarse ed irregolari elevazioni di temperatura. Quando un infermo si presenta a noi per dirci che da un paio di mesi ha una febbretta di 5-6 decimi e l'esplorazione generale non rivela nulla o quasi, il medico ha la sensazione imbarazzante della scarsa sicurezza che gli offre la sua scienza. Questa febbretta può essere l'inizio di una tubercolosi che un giorno si manifesterà, ma può essere anche semplicemente dovuta ad una cripta faringea piena di streptococchi. Si vorrà dunque per questo sintoma condannare l'infermo, che per lo più è un giovane, alla segregazione sanatoriale per il solo sospetto? E se invece gli diamo un verdetto ottimista, soltanto raccomandandogli di osservare il termometro, e vediamo poi, dopo poco tempo esplodere un'emottisi od una meningite tubercolare?

Queste ipotesi sono fondate sopra dolorose esperienze personali ed è per questo che si insiste sulla necessità di prendere sul serio la sindrome della febbricola, esaminandola nel suo complesso, con un criterio molto comprensivo ed elastico e non già con uno schema fatto in precedenza limitato e rigido. È un fatto che in gran parte dei casi il medico, davanti ad una febbricola si pone le due ipotesi della tubercolosi incipiente o della febbre intestinale oppure incrocia le braccia dando come pronostico e come trattamento un « non importa niente » che può essere pericoloso per l'infermo e per la riputazione del medico stesso. Questi, invece, deve considerare ogni dolore dell'infermo come un problema di biologia da risolvere, senza irrigidirsi negli schemi fatti.

La sindrome della febbricola mal si attaglia ad una descrizione generale, trattandosi di una denominazione provvisoria sotto la quale si riuniscono malati con le più svariate affezioni, dalle più gravi alle più banali. Vi è però un insieme di caratteri più frequenti e costanti. Trattasi quasi sempre di persone più o meno agiate; il materiale ospedaliero non offre che molto raramente casi di febbricola e, quindi, l'esperienza ospedaliera non è sufficiente per conoscere bene tale problema, ma occorre rivolgersi alla pratica privata. La febbricola è più frequente nelle donne; nella statistica dell'A., (243 casi) l'88 % era data da donne. Per la spiegazione di questo fatto, non basta ammettere nella donna una maggiore sensibilità od una più acuta facoltà di osservazione; senza dubbio le condizioni linfatiche, che sono molto connesse con la produzione della febbre, e le condizioni endocrine che influiscono sulla sua patogenesi, sono più favorevoli per la sua produzione nel sesso femminile che nel maschile.

Un fattore importante è l'età; nei casi dell'A., la massima frequenza si ha dai 10 ai 50 anni e specialmente dai 20 ai 40.

Talvolta la febbricola si inizia dopo un episodio patologico acuto (disturbo digestivo, influenza, angina, ecc.) oppure insidiosamente ed il paziente se ne rende conto per leggeri disturbi subbiettivi che l'accompagnano e lo consigliano un bel giorno a provarsi la temperatura. Qualche volta l'infermo si accorge per caso dell'ipertermia, provando, p. es., un termometro od applicandolo per pura curiosità. Il fatto che gli infermi pongono all'inizio della febbricola non ne è l'inizio reale che, il più delle volte sfugge.

La febbricola si accompagna talora a fenomeni subbiettivi: cefalea, astenia, sensazione di calore alla pelle; altre volte il paziente non se ne accorge che mettendo il termometro. Caratteristico di questi stati è che la febbricola è il sintomo predominante e quello che lo decide a consultare il medico. Essa può durare a lungo: 5, 6, fino a 12 anni nei casi dell'A. Talvolta è permanente, altre volte ha delle interruzioni di settimane o mesi (fino ad un anno nei casi dell'A.) In generale non oltrepassa i 38°, altrimenti non si parla più di febbricola, ma di stati febbrili di interpretazione più facile. Eccezionalmente ha il tipo continuo, più spesso è remittente con esacerbazione vespertina, talora invece mattutina. In qualche caso, il decorso tranquillo è interrotto da fasi più o meno prolungate di ipertermia.

Parecchie cause influiscono su di essa; la digestione e l'esercizio sogliono esacerbarla; tale effetto può essere dato da alimenti, dal cambiamento delle stagioni e così via. L'influenza più sensibile è esercitata dalla mestruazione; i giorni premestruali coincidono di solito con un aumento dell'ipertermia, la quale scompare o quasi nei giorni del flusso e nei primi seguenti, per ricomparire dopo. Con minore frequenza si osserva l'esacerbazione mestruale. L'influenza della mestruazione è più marcata quando tale funzione non è del tutto normale; questi fatti si osservano a preferenza nelle donne tubercolotiche, in quanto che un buon contingente di febbricole si ha in casi di tubercolosi dell'apparato respiratorio o del genitale.

Lo stato generale di molti infermi è soddisfacente.

*
* *

Risulta dall'esame di questi casi una evidente preponderanza del sesso femminile e dell'età giovanile postpuberale, il che ci deve far pensare che l'età ed il sesso costituiscano una condizione favorevole per questo tipo di reazione febbrile lenta e ben tollerata dall'organismo.

Almeno in un gruppo non piccolo si osservano anche dei caratteri comuni. Trattasi molto spesso di ragazze di aspetto linfatico, con tendenza all'adiposità e con uno stato di robustezza apparente; hanno comunemente ipertrofizzato il territorio linfatico faringeo od altri; la funzione sessuale è spesso torpida ed altre stigmate di malfunzione endocrina (specialmente tiroidea) accompagnano i disturbi quasi costanti dell'ovaio.

Questo stato linfatico è dimostrato anche dall'elevata percentuale degli elementi linfatici del sangue; nei casi dell'A., si è trovato nel 56 % ipermononucleosi (35-45 % di elementi mononucleati) e nel 23 % grande ipermononucleosi (oltre il 45 %); in complesso dunque circa l'80 % di mononucleosi.

È nota la frequenza con cui tale stato linfatico si combina con svariate affezioni endocrine specialmente genitali e tiroidee. Ed ecco dunque fornita la spiegazione di molti casi di febbricola. Gli organismi linfatici sono, di fatto, particolarmente adatti per l'impianto di infezioni croniche (tubercolosi) o di tipo banale (streptococchi, B. coli), le quali tendono ad evolversi in modo torpido con scarsa fenomenologia generale e reazione febbrile moderata. Per non citare che gli esempi più sicuri si possono menzionare le fasi ganglionari della tubercolosi, le infezioni croniche dell'anello faringeo, dell'appendice, ecc.

D'altra parte, le perturbazioni endocrine che accompagnano tale stato linfatico possono influire sul meccanismo termoregolatore, sia direttamente ma soprattutto indirettamente nel senso di rendere l'organismo più sensibile alle aggressioni infettive. Si può quindi concludere che, in un forte gruppo di casi, la sindrome febbricolare si deve a cause infettive più o meno latenti che evolvono in organismi generalmente di sesso femminile e giovani, dotati di una marcata costituzione linfatica, senza che si possa, allo stato attuale delle nostre conoscenze, precisare la funzione delle alterazioni che, tanto spesso, si hanno nelle ghiandole endocrine.

Altre volte la costituzione linfatica non esiste e la febbricola va attribuita soltanto al focolaio infettivo, come è il caso, p.es., di un adulto con colecistite cronica; ma, anche in questi individui non è raro trovare dei segni di stato linfatico.

Si possono quindi, in complesso, dividere gli infermi con febbricola in due grandi gruppi: l'uno con la costituzione linfatica, l'altro senza. In entrambi agisce la stessa causa: un focolaio infettivo latente che nei primi è sostenuto dallo stato linfatico, nei secondi opera da solo.

Ora l'ipertermia (come anche del resto l'ipo-) può essere dovuta ad un disturbo nervoso o neuroumorale (endocrino) dei centri termoregolatori. Nella realtà clinica avviene che ipertermia ed infezione siano per lo più unite, sicchè praticamente il medico, in presenza di ipertermia, tende ad eliminare le altre cause che non siano le infettive. Talvolta l'infezione è tanto manifesta che non offre ombra di dubbio (tifoide, setticemia, ecc.); altre volte invece il focolaio infettivo è tanto piccolo che non produce sintomi locali percettibili con i metodi correnti di esplorazione, nè la febbre per sè stessa fornisce alcun schiarimento. Trattasi qualche volta di bacilli di Koch localizzati in un ganglio appena aumentato di volume, oppure di pochi streptococchi in un focolaio infiammatorio (degli annessi, del grasso perirenale, ecc.) con un volume al massimo di un cece. Sono queste cose risapute, è vero, ma ciò non toglie che si incontrino spesso dei clinici che affermano, per esempio, che la causa della febbre non può essere nel torace perchè la percussione, l'ascoltazione od i raggi X forniscono dei dati negativi, oppure dei ginecologi che affermano che l'apparato genitale è del tutto sano perchè non avvertono quelle lesioni macroscopiche che si possono toccare col dito introdotto in vagina.

La ricerca di questi focolai latenti è il problema più arduo della clinica di tutti i giorni. Si devono mettere in opera tutti gli aiuti che possono fornire la scienza, il laboratorio, la più accurata anamnesi e talora con risultato nullo.

Riassumendo, il problema diagnostico di un caso autentico di febbricola consiste anzitutto nello scovare un focolaio infettivo latente; a ciò si aggiunge la diagnosi di un possibile temperamento linfatico ed infine, per un numero ridottissimo di casi, rinunciare alla patogenesi infettiva ed acconciarsi alla patogenesi neuroumorale.

*
* *

L'ipotesi della tubercolosi è quella che si presenta per prima ad ogni medico. E, del resto, tale patogenesi entrava nel 45 % dei 243 casi dell'A. Sui 102 casi, si è riscontrata la tub. polm. latente (55), le affezioni della fossa iliaca destra (16), la pleurite probabilmente tub. (7), la peritonite (3), la meningite latente (2), la tub. renale (2), l'adenopatia inguinale tubercolare (1), la osteite tub. latente (1), la tub. associata ad altre infezioni (1) ed infine 14 casi sospetti, ma includibili nel gruppo perchè provenienti da ambienti nettamente tubercolotici.

L'A., consiglia:

1) emettere l'ipotesi di tub. quando il paziente presenta i seguenti sintomi di orientamento: *a*) antecedenti ereditarî o di ambiente; *b*) antecedenti personali sospetti (scrofola nella prima età, catarri frequenti); *c*) stato generale deficiente; *d*) esacerbazione mestruale netta (o da esercizio); *e*) reazione alla tubercolina;

2) ricercare l'eventuale lesione viscerale (polmoni, apparato digerente, renale, meningeo, gangli, ossa, ecc.);

3) in caso negativo, sospettare la tub. anche soltanto se il malato proviene da ambiente tubercolare;

4) non dimenticare che l'esacerbazione mestruale o da esercizio può aversi anche in febbricole da altre cause.

Un errore che può avere gravi conseguenze per il paziente è quello di ritenere questi casi di febbricola come febbre intestinale, sottoponendo l'infermo ad una dieta ristretta, magari idricolattea che, nel caso di tubercolosi aumenta la denutrizione del malato. D'altra parte, si tenga presente che, anche nella tifoide che pure sarebbe il tipo più grave delle così dette febbri intestinali, si tende oggi ad alimentare abbastanza largamente il malato. Il fantasma delle febbri intestinali deve scomparire dalla mente del medico, il quale deve pensare che è assai difficile ammettere un'infezione intestinale senza altro sintoma che una febbre.

Un altro problema diagnostico importante nelle forme di tubercolosi latente è quello della sindrome basedowiana, che viene spesso diagnosticata nelle forme di tubercolosi latente; sui 55 casi dell'A., 17 gli erano stati inviati con tale diagnosi. Come ha dimostrato per il primo Pende, sotto l'influenza delle tossine tubercolari, si ha un'esagerazione del temperamento ipertiroideo dimostrabile in un gran numero di candidati alla tubercolosi. L'A. ritiene addirittura che molti casi di ipertiroidismo non sono che reazioni di un sistema tiroideo predisposto a stati infettivi latenti. In tali casi un esame attento dell'apparato respiratorio mette spesso in evidenza lesioni tubercolari. La confusione della tubercolosi incipiente con l'ipertiroidismo viene anche evitata con la determinazione del metabolismo basale che, nella prima, dà delle cifre moderatamente elevate.

L'A. è poco favorevole alla diagnosi di adenopatia tracheo-bronchiale, che è di dimostrazione poco probativa; nei casi che vengono così diagnosticati si tratta, o di lesioni viscerali a cui sussegue la adenopatia ed allora sono quelle da ritenersi responsabili, oppure di semplice fantasia diagnostica. Un altro errore in questo campo è quello di credere che adenopatia toracica equivalga a tubercolosi, mentre vi sono altre infezioni, specialmente quelle settiche latenti della bocca, del faringe, ecc. che possono darla.

Altre localizzazioni della tubercolosi possono essere responsabili della febbricola e sono state più sopra elencate nella statistica dell'A. Fra esse, sono importanti quelle nella fossa iliaca, specialmente dell'apparato genitale femminile, che danno prevalentemente disturbi dismenorroici. In questi casi, sarebbe un grave errore il sottoporre l'inferma ad un trattamento chirurgico che potrebbe portare a veri disastri, mentre invece le cure igieniche, l'elioterapia ed i medicamenti adatti potranno portare notevoli miglioramenti.

Oltre alla pleurite, poi, si deve tener presente la possibilità di peritonite, di cui, nei casi dell'A., i sintomi iniziali furono: dolori vaghi e ripetuti al ventre, tendenza al meteorismo, costipazione o diarrea, sfregamenti peritoneali o formazione di piccola raccolta ascitica. Nei tre casi osservati si ottenne la guarigione con l'elioterapia.

FILIPPINI.

La febbre nella sifilide.

(M. ROCH. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 ott. 1926).

È stato per lungo tempo classico il negare alla sifilide il potere di elevare la temperatura e molti medici conservano tuttora tale pregiudizio che può fuorviare la diagnosi, poichè la piressia non permette affatto di escludere la sifilide, mentre d'altra parte degli stati febbrili prolungati resistenti ai consueti trattamenti antitermici sono

invece dovuti all'infezione spirochetica e scompaiono rapidamente col trattamento specifico.

Sembra che, al suo primo apparire, la sifilide sia stata spesso febbrile, specialmente nei secoli XV e XVI e sarebbe per questo che all'epoca della sua estensione in Europa è stata chiamata la *« grande vèrole »*; secondo alcuni autori essa avrebbe preso, dopo la guerra, la tendenza ad essere piretogena, ciò che è invece escluso da altri. È un fatto però che le pubblicazioni concernenti la febbre sifilitica si sono moltiplicate in questi ultimi tempi.

La febbre nella sifilide può essere dovuta a diversi ordini di cause. Può trattarsi anzitutto di una *febbre di coincidenza;* stati febbrili diversi possono coesistere in individui sifilitici; oltre alle malattie acute è specialmente importante la tubercolosi, per il mutuo appoggio che si prestano le due malattie. Non è poi a credere che le malattie acute abbiano necessariamente un'azione sfavorevole sul sifilitico; alcune, anzi, migliorerebbero la prognosi (vaiuolo, polmonite, tifoide).

Febbri sifilitiche sintomatiche. — Sono eccezionali nel caso della lesione primaria. Frequente è invece la febbre e quasi abituale nel periodo secondario. Essa può precedere di poco la comparsa dei segni classici oppure coincidere con essi; trattasi per lo più di febbre leggera o moderata che non dura più di una settimana. Quando essa è elevata e coincide con la comparsa di roseola, il medico può pensare al morbillo e, se l'eruzione è papulosa, al vaiuolo iniziale; tali errori sono stati commessi. Quando l'esantema passa inavvertito e la tumefazione dei gangli è poco apparente, si può essere tratti a diagnosi diverse secondo l'andamento della curva o l'anamnesi. Sono stati commessi scambi con la malaria, la tifoide, talora anche con la meningite cerebrospinale, od un'infiammazione della pia madre. In questi ultimi due casi, l'esame chimico del liquor (cloruri) e la reazione di Wassermann orienteranno verso la diagnosi esatta. Raramente gli attacchi congestivi del fegato, del rene, dei polmoni saranno tanto accentuati da indurre in errore; è però bene tener presente questa eventualità.

Di dominio più recente, ma non meno importanti, sono le febbri che accompagnano gli accidenti terziari. Esse sono spesso sintomatiche di accidenti specifici poco apparenti e poco caratteristici. La temperatura intermittente, remittente ed eccezionalmente ondulante, talora del tutto irregolare fa pensare a tutt'altro agente infettivo. In qualche caso, tali febbri sono molto persistenti (fino a 7-10 anni) e resistono a tutti i trattamenti, salvo quello specifico. In mancanza di esso ne soffre di molto lo stato generale e l'organo malato che va soggetto alla sclerosi.

Gli accidenti terziari che più spesso si accompagnano alla febbre sono quelli epatici e non mancano casi in cui dei chirurghi sono intervenuti con delle laparotomie superflue. Non si conosce ancora bene per quale ragione le localizzazioni epatiche della sifilide terziaria predispongano particolarmente alla febbre. Perchè l'infezione eccita il funzionamento del parenchima epatico che ha parte importante nella produzione di calore? perchè vi è infezione secondaria? per il riassorbimento di sostanze gommose? Non si sa, ma è un fatto che le altre localizzazioni terziarie sono assai meno piretogene.

La sifilide, che ha una predilezione particolare per il sistema linfatico, può dare delle tumefazioni gangliari multiple accompagnate da febbre; la diagnosi sarà fatta allora con il linfogranuloma, la tubercolosi, il linfosarcoma e non sarà sempre agevole.

Le localizzazioni polmonari, tracheali, laringee, mediastiniche, pleuritiche della sifilide possono essere piretogene ed in tali casi, la diagnosi tende piuttosto verso la tubercolosi. Qualche volta, sebbene raramente gli attacchi specifici cardio-vascolari (aortite) possono essere febbrili. Così pure le periostiti e le artriti, dando in certi casi il quadro di un reumatismo articolare acuto.

La meningite terziaria può essere febbrile; Pinard ha osservato una paraplegia specifica con accessi febbrili intermittenti che ricordavano la malaria; anche le crisi gastriche della tabe possono essere accompagnate da febbre. Si è fatta menzione di una peritonite specifica (in cui forse non mancava la compartecipazione del fegato) e di una polisierosite terziaria febbrile; un solo caso è noto di sifilide gastrica come causa di febbri.

Particolarmente imbarazzanti sono i casi in cui la febbre si dichiara dopo il parto o dopo un intervento chirurgico.

Febbri sifilitiche essenziali. — In questi casi, il solo segno dell'infezione è l'elevamento della temperatura; trattasi di un gruppo che, almeno in pratica, va distinto da quello delle febbri sintomatiche di localizzazioni specifiche. È il più spesso nel periodo secondario che si osservano queste febbri senza sintomi importanti e che possono, volta a volta, essere confuse con la malaria, la febbre di Malta, la tubercolosi, la febbre tifoide, ecc.

Fournier ha particolarmente insistito sulla tifosi sifilitica che, come indica il nome, può essere confusa con l'infezione eberthiana. I caratteri differenziali sono per prima: mancanza di

epistassi iniziale, astenia ed abbattimento invece di un vero stupore; intelligenza poco affetta, mancanza di delirio, cefalea generalmente violenta, lingua umida e non disseccata, frequenti le remissioni mattutine della febbre; non vi è meteorismo, nè dolore iliaco, nè gorgoglio ileocecale, nè diarrea, nè splenomegalia; tutto questo, oltre ai caratteri batteriologici e sierologici.

Anche nello stadio terziario, ad un periodo assai tardivo della sifilide, si possono avere degli stati febbrili più o meno prolungati, quando nulla può orientare il clinico verso la diagnosi di lues. Quando la natura della febbre è stabilita, l'antichità dell'infezione deve fare ammettere il terziarismo, senza che si possa portare una prova che non si tratti invece di manifestazioni secondarie.

Si deve poi tener presente che non vi è separazione assoluta tra il gruppo delle febbri sintomatiche e quello delle essenziali, che l'A., ritiene piuttosto rare.

Febbri sifilo-terapeutiche. — Le iniezioni mercuriali possono provocare della febbre, la quale è però più frequente con le iniezioni di arsenobenzoli. La febbre della prima iniezione è il più spesso precoce (3-10 ore dopo); frequentemente preceduta da brividi e da sudori; in generale moderata, oltrepassa talora i 40°. Dura qualche ora, raramente 1-2 giorni. Questa febbre, sintomatica di una reazione di Herxheimer, è in realtà patologica più che terapeutica e sembra dovuta ad un'intossicazione provocata dalla distruzione massima di molte spirochete o ad una riattivazione momentanea di queste.

Eccezionale è invece la febbre ritardata, che può aversi 3-4 giorni dopo l'iniezione ed è talora accompagnata da sintomi inquietanti.

Quanto alla febbre da reiniezione essa è pure rara ed ha come carattere principale di accentuarsi ad ogni intervento terapeutico; la patogenesi ne è tuttora oggetto di discussione.

FILIPPINI.

Variola, Variella e Vaccino.

R. JAKTSCH-WASTENHORST. *Mediz. Klinik.*, n. 14).

Contrariamente all'opinione di Sahli, il quale ritiene che nella epidemia di vaiuolo e di varicella la vaccinazione non ha gran valore, l'A., dopo un'esperienza di oltre 40 anni, durante i quali ha avuto occasione di osservare numerose epidemie di vaiuolo e di varicella, è venuto alla conclusione che la variola e la varicella son dovute ad agenti morbosi del tutto differenti, pur avendo talora di comune solo certe manifestazioni cutanee, che ne rendono difficile la diagnosi differenziale. I casi tipici di varicella, specie i più lievi, possono distinguersi dalla variola per il fatto che la efflorescenza segue volta a volta ogni nuovo accesso febbrile; nella variola manca questo carattere della temperatura.

Nella varicella la vaccinazione ha un risultato sicuro e positivo mentre non è così nella variola. Se un clinico eminente come Sahli afferma il contrario, ciò può solo spiegarsi supponendo che nei suoi casi non si sia trattato di varicella, ma di quella affezione chiamata *alastrim*, diffusa nell'America centrale e meridionale (specialmente nelle Antille), nell'Africa del Sud ed in Australia. In Svizzera, secondo riferisce il Gius, la malattia fu arrestata al confine del Cantone mediante la vaccinazione generale.

L'A. trova una conferma della sua ipotesi nel fatto che nei Paesi, come la Germania, la Francia e l'Italia, dove esiste una regolare legislazione riguardo alla vaccinazione e dove la popolazione e in ottimo stato di vaccinazione, tale malattia non è penetrata: ciò è solo avvenuto in Svizzera, e precisamente in quei Cantoni, dove non esiste la vaccinazione.

L'A. non crede che l'infezione procurata di *alastrim* conferisca un'immunità contro la variola; ma è d'accordo con Sahli riguardo all'importanza della varicella stessa, per cui nei casi dubbi di varicella o di variola il medico dovrà sempre adottare i mezzi preventivi prescritti per i casi sospetti ed isolare gli ammalati di varicella da quelli affetti da variola.

L'A. conclude che solo con la vaccinazione e la rivaccinazione si può impedire l'epidemia e che, qualora esista il pericolo della sua diffusione, debbano essere anche sottoposti a rivaccinazione i bambini vaccinati due anni prima. Presso una popolazione, in cui sono rigorosamente eseguite le vaccinazioni e le rivaccinazioni, possono essere e sono evitate le epidemie di vaiuolo come di variola ed *alastrim*, e però le affezioni simili alla variola constatate in Svizzera debbono attribuirsi all'insufficiente vaccinazione della popolazione.

DE CHIARA.

SISTEMA DIGERENTE.

Il diverticolo del duodeno.

(GREGOIRE. *Paris Médical*, n. 43, 1926).

Le prime ricerche sull'argomento rimontano al 1910. Quest'affezione può occupare tutti i segmenti del duodeno, ma la sede preferita è la seconda porzione. Il Bariety nella sua monografia riporta le statistiche di Buschi, Baldwin, De Cole e Roberts facendo rilevare che su 174 casi di diverticoli del duodeno 112 volte la lesione era localizzata sulla 2ª porzione.

Qualunque sia la sede dei diverticoli essi si localizzano di preferenza sul bordo concavo dell'anello duodenale, raramente sul bordo convesso.

La forma e le dimensioni dei diverticoli hanno non poca importanza per il chirurgo, poichè l'intervento sarà vario a seconda dei casi. Il diverticolo, per esempio, può essere piccolo, che faccia appena sporgenza sulla superficie esterna del duodeno. In questi casi non è necessario asportarlo, ma è sufficiente una sutura con infossamento per farli scomparire ed arrestare il loro sviluppo. Alle volte sono allungati come un dito di guanto. Le dimensioni variano da 3 a 5 cm. in media. Qualunque sia il loro volume i diverticoli assumono rapporti con il pancreas differenti ed in ogni caso la difficoltà operatoria varia, e cioè:

1) il diverticolo si sviluppa in avanti del pancreas nella cavità peritoneale e si ricopre di sierosa;

2) il diverticolo si sviluppa indietro del pancreas nella zona connettivale retro-viscerale, in piena zona vascolare, senza assumere rapporti con il peritoneo;

3) il diverticolo si sviluppa nello spessore stesso della testa pancreatica nel mezzo dei lobuli della ghiandola in vicinanza delle vie biliari. Questi però sono casi rari. I diverticoli che si sviluppano in avanti del pancreas sono quelli che raggiungono il più grande sviluppo poichè nulla si oppone al loro accrescimento.

Quelli sviluppati indietro del pancreas sono più frequenti e sono più difficili, dato il loro piccolo volume ad essere scoperti.

I diverticoli poi che si estrinsecano nello spessore del pancreas sono rarissimi.

La cura di questa malattia può presentare numerose difficoltà, veramente non tutti i diverticoli richiedono un intervento poichè alcuni, date le loro dimensioni e le minime o nulle manifestazioni cliniche, possono passare inosservati e rappresentano unicamente un reperto di autopsia. L'intervento chirurgico si rende necessario per 3 ragioni e cioè: complicazioni infiammatorie, meccaniche o neoplastiche.

Le complicazioni infiammatorie sono le più frequenti e possono essere acute e croniche. Le complicazioni meccaniche dovute per lo più a peritoniti adesive con conseguenti disturbi funzionali: vengono poi le complicazioni neoplastiche le quali ripetono la loro genesi ad un fatto irritativo costante, per esempio alcuni carcinomi della testa del pancreas riconoscono per causa determinante l'irritazione prodotta da un diverticolo. L'intervento varierà a seconda dei casi: spesso sarà difficile rintracciare la presenza della lesione. Il diverticolo anteriore si vede senza difficoltà. Il posteriore invece non sarà visibile che dopo aver praticato lo scollamento del duodeno. Se il diverticolo però rilevato dalla radiografia non si troverà nè al davanti nè al di dietro del condotto intestinale sarà necessario praticare come fece Maclean l'incisione del duodeno e ricercare dalla sua faccia interna l'orificio di comunicazione con l'intestino. Il chirurgo ha due mezzi a disposizione per far scomparire la lesione: l'infossamento e l'asportazione. L'infossamento non conviene che ad un certo numero di casi e cioè quando il diverticolo è piccolo e largamente impiantato.

L'asportazione, al contrario, è il mezzo più efficace e più semplice. Bisogna però fare una distinzione fra i diverticoli extra peritoneali e sottoperitoneali. Nei primi casi una semplice sutura a borsa di tabacco nella sierosa sarà sufficiente per ottenere la guarigione, nel secondo caso, mancando il peritoneo, sarà opportuno praticare una sutura a 3 piani. Se, così facendo, si sarà ristretto il lume intestinale, è buona precauzione praticare una gastro-enterostomia.

L'A., conclude affermando che il capitolo tanto vago delle dispepsie diminuirà di importanza a mano a mano che si farà più nota la patologia del duodeno in quanto che le dilatazioni al disotto della papilla di Water le periduodeniti, i diverticoli duodenali sono tante nozioni recenti che il clinico non deve ignorare.

T. LAURENTI.

La perigastrite lacunare dei gastroenterostomizzati.

(R. A. GUTMANN e R. JAHIEL. *Presse Médicale*, 20 nov. 1926).

Questa lesione infiammatoria, che secondo gli AA., è molto più frequente dell'ulcera peptica, della cancerizzazione della vecchia ulcera non escissa con propagazione al neopiloro, e della perigastrite diffusa banale, è caratterizzata anatomopatologicamente da una perigastrite plastica intensa intorno al neopiloro, di probabile natura infettiva, con formazioni di aderenze multiple, che molto spesso strozzano l'anastomosi e ne impediscono il funzionamento.

Clinicamente si tratta spesso di malati, che hanno avuto, nei primi giorni seguenti l'intervento, qualche incidente passeggero (febbre, vomiti); ma i veri disturbi cominciano dopo i 3 mesi. Essi non sono sistematizzati, i dolori piuttosto giornalieri, che per crisi, sopraggiungono 2-3 ore dopo i pasti, a volta si hanno dolori acuti con vomiti; i malati deperiscono. Clinicamente però la diagnosi certa non può farsi, e occorre sempre ricorrere all'esame con i raggi X. Un fatto che

colpisce è la somiglianza quasi perfetta, del tutto caratteristica, delle immagini fra di loro. Radiograficamente, sulla grande curvatura attorno al neopiloro, si disegna un'immagine lacunare arrotondita (onde il nome di perigastrite lacunare) a concavità esterna, a bordi sempre sfumati, fioccosi, sfrangiati, mai netti, lineari. Nella immagine lacunare si distingue un alone festonato, in cui appare l'ansa efferente, a bordi più o meno netti a seconda che il processo di perigastrite l'abbia rispettata o meno. Questa lacuna scompare se si preme sul contenuto gastrico, per riformarsi non appena cessi la pressione, infatti essa sembra dovuta ad una depressione di un punto limitato dello stomaco per mezzo di aderenze che non hanno l'inflessibilità del tessuto cancerigno. La lacuna cancerigna ha bordi netti, decisi, immobili, non scompare colla pressione del contenuto gastrico, nè ha delle ombre di bario nel suo interno. Nella perigastrite banale, tutta la grande curva si vede irregolarmente invasa e stirata.

Per la cura: le applicazioni prolungate di diatermia restano il miglior mezzo di cui attualmente si dispone per i processi aderenziali. Se la diatermia non basta ed i sintomi sono ostinati, si dovranno distruggere le aderenze, fare una piloroplastica, se la vecchia ulcera è cicatrizzata; oppure fare una nuova anastomosi previo disfacimento della vecchia.

V. LOZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

HENRI HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac.* Masson & C., editori, Parigi, 1926.

È questo il sesto volume dei « Lavori di Chirurgia » che l'Hartmann pubblica in collaborazione coi suoi assistenti. Rappresenta una serie di memorie sulla chirurgia dello stomaco, argomento del quale si è largamente occupato l'A., e la sua Scuola. Di modo che non è un trattato; e dei lavori pubblicati altrove e anteriormente viene tenuto poco conto. Mentre invece tutte le conclusioni sono basate sulle osservazioni personali e sulle statistiche della Clinica. Però una ricca bibliografia segue alle diverse parti in cui è diviso il libro.

L'osservazione degli operati prolungata in moltissimi casi anche molto tempo dopo l'intervento e il vasto materiale del quale viene riferito fanno sì che questo primo volume non rappresenta che la prima parte, ad esso, ne seguirà un secondo che completerà la trattazione della chirurgia gastrica.

Il libro è elegantemente presentato, consta di 336 pagine con 115 figure M. ASCOLI.

A. BUZELLO. *Die Akuten eitrigen Infektionen in der Chirurgie und ihre Behandlung.* Urban und Schwarzenberg, Vienna, 1926.

Nella sua pratica, quotidianamente il medico si trova a dover curare infezioni chirurgiche acute. Un appropriato trattamento di queste è possibile soltanto quando si conoscano bene i fondamenti e i problemi della patologia di questi processi morbosi e i loro moderni sistemi di cura. Queste cognizioni espone nel suo libro il Buzello che è un assistente della Clinica Chirurgica di Greifswald.

Il volume consta di una parte generale dedicata allo studio dei germi e delle reazioni dell'organismo alle infezioni nonchè della vaccino-proteino-chemo-terapia, delle cure radiologiche ecc.; di una parte speciale, clinica, che studia le infezioni dei diversi organi; e infine di una terza parte che tratta delle infezioni settiche generalizzate.

175 figure in nero ed a colori completano le 500 pagine del volume, che è stato curato in ogni dettaglio dagli editori. M. ASCOLI.

A. GOSSET. *Travaux de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.* I Serie. Ed. Masson, Parigi, 1926. Pag. 243. Fr. sv. 10.

E' una raccolta di lavori pubblicati sotto la direzione di Gosset. Notevoli quelli di Gosset stesso sulla coledocotomia per litiasi, sulla colecistografia e in unione a Mestrezat, sulla formazione della bile bianca; di Mestrezat e di Petit-Dutaillis sull'ipercolesterinemia, di Magrou sui tumori delle piante.

Allievi della stessa scuola illustrano casi clinici: la gliomatosi gastrica, tumori gliomatosi dei nervi periferici, actinomicosi cutanea, idronefrosi intermittente in rene a ferro di cavallo, adenoma della tiroide, ricerche ematologiche nei cancerosi.

Altri lavori interessano la terapia: radioterapia dei fibromi uterini e del cancro della pelle, tecnica semplificata nella trasfusione di sangue, piloroplastica a lembo, vaccinoterapia nella tubercolosi chirurgica.

Il volume stampato su carta patinata con le bellissime illustrazioni che lo corredano assume una veste tipografica che fa molto onore all'editore. VALDONI.

O. FOERSTER. *Die Leistungbahnen des Schmerzgefühes und die chirurgische Behandlung der Schmerzzustände.* Mk. 19,50, leg. Mk. 21,90, pag. 360. Edit. Urban & Schwarzenberg, 1927. Berlino-Vienna.

Il grande numero di interventi che si possono eseguire sul sistema nervoso impone oggi al chi-

rurgo di dominare non solo l'anatomia del sistema nervoso ma anche quella parte che si riferisce alla sua fisiologia e patologia. L'A., noto per i suoi studi sulle lesioni dei nervi periferici e per un metodo operativo che porta il suo nome, si occupa in questo volume delle vie che segue la sensibilità dolorifica dalla periferia ai centri. In questo campo, che interessa il chirurgo sia per l'esclusione temporanea nell'anestesia, che in quella definitiva per la cessazione del dolore in alcune affezioni, l'esperienza degli ultimi anni ha modificato molte conoscenze, altre sono apparse errate. Merito di questo libro è quello appunto di aggiornare quanto vi è di nuovo in questo campo costruendo una dottrina completa.

Il volume è diviso in due parti: nella prima sono trattate le vie della sensibilità dolorifica, nella seconda le affezioni di queste vie. Infine un ampio capitolo è riservato alla cefalea.

Numerose figure completano il testo.

VALDONI.

J. VOLKMANN. *Die Vorbereitung zu chirurgischen Eingriffen*. Edit. J. Springer, Berlino, Mk. 12, pag. 238.

Il volume è diviso in due parti: nella prima l'autore tratta dell'esame generale del malato, della preparazione della camera operatoria, degli strumenti e del materiale di medicazione. Esteso il capitolo dell'anestesia e dei mezzi atti ad aumentare la resistenza del malato e ad evitare le complicazioni operatorie e postoperatorie. La seconda parte è dedicata alla preparazione del malato per i singoli interventi.

Il libro, raccogliendo quanto può insegnare solo una lunga pratica di corsia e camera operatoria, permette di acquistarne più presto le cognizioni indispensabili e si raccomanda anche a chi già sa per la estesa trattazione dei metodi adatti a rendere meno frequenti le complicazioni sia operatorie che postoperatorie.

VALDONI.

Pubblicazione indispensabile a tutti i pratici:

Prof. Dott. LEONARDO DOMINICI
Docente di Patologia, Chirurgia, Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università di Roma.

PICCOLA CHIRURGIA E CHIRURGIA D'URGENZA

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri**.

Un volume (n. 16 della nostra Collana Manuali del « Policlinico ») di pagg. IV-452, con 225 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata ed artisticamente rilegato in piena tela inglese, con iscrizioni sul piano e sul dorso. Il libro è elaborato con criteri di assoluta praticità, e corrisponde in tutto alle esigenze odierne dei medici chirurgi condotti, dei giovani laureati e dei laureandi. — Prezzo L. **56** — Per i nostri abbonati sole L. **52.**

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

DISCUSSIONI IMPORTANTI.

La terapia endocrina.

Discussione alla Società Medica di Edimburgo.

(*Edinburgh Medical Journal*, v. XXXIII, n. 4).

I. — LA FISIOLOGIA DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE. (A. GOODALL).

Non sono poche le difficoltà che si incontrano nell'accertamento delle funzioni delle ghiandole endocrine. Gli effetti che si attribuiscono alla loro asportazione possono essere dovuti a lesioni di altri organi, complicati dalla molteplicità di funzioni o dall'azione compensatoria di altri organi. Gli effetti della somministrazione degli estratti a dosi massive può essere ben diversa da quella dell'azione di piccole dosi ed i differenti modi di somministrazione possono influire sui risultati. Il giudizio, poi, può essere deformato dagli effetti che lo sperimentatore si attende, mentre il clinico è sempre alla mercè dei fabbricanti che hanno dei metodi che sono quelli del macellaio e non già dell'anatomico. Le tiroidi arrivano nel laboratorio con ancora aderenti i muscoli, il grasso, il connettivo e, nel prodotto finito vi debbono esser indubbiamente dei gradi assai differenti di efficacia; vi sono inoltre dei fabbricanti che calcolano la dose in sostanza fresca, mentre altri la calcolano in sostanza disseccata, ciò che importa una differenza da uno a cinque.

Si è poi fatta la questione se i prodotti endocrini costituiscano realmente un mezzo per la terapia di sostituzione. Non vi è dubbio che la sostanza tiroidea agisca in questo modo e, probabilmente, anche l'insulina agisce in tal modo; ma, per altri casi, il giudizio è ancora sospeso. Alcuni prodotti, del resto, hanno veramente una azione benefica e poco importa se siano o non sostituti.

Funzioni delle singole ghiandole. — Tiroide. — Il fatto che nella vita embrionale le secrezioni della tiroide passano nel canale alimentare è la probabile ragione per cui la sostanza tiroidea è attiva per bocca. L'asportazione di questa ghiandola diminuisce la crescita fisica e mentale ed abbassa il metabolismo; la somministrazione di forti dosi provoca eccitazione del cuore e del sistema nervoso. Ma le esperienze di laboratorio sono ben lungi dal riprodurre le condizioni del gozzo esoftalmico e del mixedema.

Paratiroidi. — Il significato fisiologico di queste ghiandole è tuttora oscuro. La loro asportazione determina la tetania, dovuta probabilmente ad accumulo nel sangue di metil-guanidina ed a diminuzione del calcio sanguigno. Gli effetti terapeutici della sostanza paratiroidea non meritano nemmeno la discussione, poichè è probabile che di essa ne esistano tutt'al più delle tracce nei prodotti del commercio. L'A. venne una volta incaricato da una ditta di prodotti opoterapici di trovare le paratiroidi; gli si presentarono due secchi pieni di tiroidi, fra cui potè a mala pena

trovare, dopo due ore di lavoro, quattro paratiroidi, delle quali però non avrebbe potuto garantire se si trattasse realmente di tali ghiandole senza un esame microscopico. Il prezzo a cui viene attualmente venduto l'estratto paratiroideo è meschino per la paratiroide, ma rappresenta un ottimo guadagno in confronto di quello del collo di montone.

Surreni. — Sono noti gli effetti dell'adrenalina, sebbene non si sappia ancora con sicurezza se essi siano dovuti a stimolo del simpatico o ad inibizione del vago. Scarse nozioni di fisiologia si possono avere dallo studio delle malattie di tali ghiandole; nè la debolezza muscolare, nè la pigmentazione del morbo di Addison hanno ricevuto sufficiente spiegazione, tanto più che le lesioni non rispettano la distinzione fra sostanza corticale e midollare.

Pituitaria. — Gli effetti opposti dei due lobi, anteriore e posteriore, rendono assai problematici gli esperimenti di alimentazione con questa ghiandola; particolari difficoltà si incontrano poi per i preparati commerciali, di cui è evidentemente malagevole la standardizzazione per il fatto della presenza di diversi principi attivi ad azioni anche opposte.

Pancreas. — La scoperta dell'insulina è stata maravigliosa e poco importa se essa sia o non un reale sostituto della secrezione interna.

Duodeno. — Quando il contenuto acido dello stomaco raggiunge il duodeno, attiva una sostanza, la prosecretina, dalle pareti del duodeno. La sostanza attivata, la secretina, passa nella circolazione generale e raggiunge anche il pancreas, di cui attiva la secrezione. Gli endocrinologi ritengono che ne venga attivata anche la secrezione interna del pancreas e, quindi, fanno ingerire ai loro pazienti diabetici della mucosa duodenale.

Azione reciproca delle secrezioni interne. — Le nostre conoscenze in materia sono assai scarse. Si sa che la parte intermedia della pituitaria produce una maggiore quantità di sostanza colloide dopo la tiroidectomia, che i tumori della corteccia surrenale sono collegati con sviluppo sessuale precoce e la spiegazione sarebbe data dal fatto della origine comune delle cellule. La castrazione porta alla persistenza del timo che invece si atrofizza alla pubertà; i surreni, la pituitaria, la tiroide possono aumentare lo zucchero del sangue; vi è inoltre una certa influenza del corpo luteo sull'uovo e sulla secrezione mammaria.

Ma non vi è nessun modo di accertare se quello che si chiama squilibrio endocrino è dovuto ad eccesso di una secrezione od a deficienza di un'altra. Il farmacopola endocrino ritiene di avere raggiunto l'impossibile, mentre l'O. non esita ad affermare che qualunque risultato terapeutico attribuito ai prodotti polighiandolari è dovuto alla sostanza tiroidea che vi è contenuta. I resoconti popolari o semiscientifici di ringiovanimento ottenuto con l'innesto o la somministrazione di prodotti animali, sono ridicoli e meritano appena di essere menzionati, per quanto siano annunciati con *reclame* mirabolante.

In tutta questa materia è difficile severare il *post hoc* dal *propter hoc* ed è da ritenersi che i risultati che si pubblicano siano tanto meno autentici quanto più notevoli. I prodotti endocrini sono ora all'apice delle prescrizioni terapeutiche come vi sono stati i cacodilati, i formiati, il latte acido, ecc.

Con questo non si dice che tutta la terapia endocrina sia inefficace. Sono esempi favorevoli quelli ottenuti con la tiroide nel mixedema vero, dall'adrenalina e dalla pituitaria nella febbre da fieno, nell'asma, nell'edema angioneurotico, dalla pituitrina nello « shock », nella paresi intestinale, dalla sostanza surrenale nel morbo di Addison. Vi è tuttora in questa materia largo campo di studi e di scoperte che ci faranno forse un giorno sorridere delle nostre credenze odierne che rasentano la superstizione.

II. — GLI EFFETTI DELLA SOSTITUZIONE. (J. EASON).

Indubbiamente la terapia endocrina ha fatto rapidi progressi dal tempo della sua scoperta; bisogna però riconoscere che essa è tuttora allo stato speculativo e si trova in un indescrivibile caos; come esempio delle esagerazioni che si hanno in questo campo, si può citare l'uso di un prodotto, ottenuto mediante l'unione di sostanza tiroide, surrenale e pituitaria, contro il carcinoma. Bisogna riconoscere che la prescrizione di complicate combinazioni di sostanze ghiandolari si fa prima di aver dimostrato che tali sostanze hanno una qualsiasi azione sui disturbi fisici e mentali ben definiti. È necessario ora fermarsi in questa corsa e considerare il vero stato delle cose.

La base dell'organoterapia sarebbe quella di sostituire o di fornire un supplemento all'azione manchevole di una determinata ghiandola in modo da produrre un'azione farmacologica desiderata o di influire sul metabolismo in un dato modo. Una sostituzione efficace ridà la funzione endocrina, che è deficiente, fa scomparire sintomi e distrofie dovute ad insufficienza di funzione endocrina, tende a ridare la funzionalità alle cellule tuttora vitali della ghiandola, diminuendo la tossiemia e migliorando la nutrizione. La dose supplementare serve a frenare gli effetti di una funzione eccessiva od a diminuire i danni di un'eccessiva dose di una ghiandola antagonista.

Per qualche ghiandola, questo si verifica realmente, come per la tiroide, il pancreas, le paratiroidi, la pituitaria (lobo posteriore). Ma si usano molti altri prodotti ghiandolari, per i quali manca una vera base di esperimento, come per le sostanze testicolari ed ovariche. Un altro modo di sostituzione è quello dell'innesto ed è certo che, almeno per un paio d'anni, la sostituzione si verifica, come è provato dalle esperienze col metodo di Voronoff.

Nell'uso di sostanze con una determinata azione fisiologica, la dose terapeutica dovrebbe essere determinata dopo la standardizzazione, mentre invece questo, per la maggior parte dei prodotti endocrini non si verifica.

Anche nelle condizioni ideali di somministrazione, vi sono però dei limiti alla terapia di sostituzione. Così nel mixedema l'estratto tiroideo non ridona l'apparenza normale e la salute al paziente, potendo ridare la vitalità soltanto alle cellule che ne sono ancora suscettibili; spesso la risposta è negativa per concomitanti alterazioni del cuore, del fegato, dei reni. Anche nel diabete non sempre l'insulina agisce bene e, se produce ipoglicemia, non impedisce la morte del paziente per inanizione.

La terapia di sostituzione, poi, spesso non è che una parte della terapia, per la quale è necessario andare alla ricerca delle cause del difetto endocrino per allontanarle od arrestare i processi patologici.

In mancanza di una prova sicura dell'azione di sostituzione dei testicoli, delle ovaie, ecc. si usa riunire insieme parecchie sostanze ghiandolari a cui si aggiunge l'estratto tiroideo che agirebbe da attivante. Occorrerebbe però dapprima dimostrare che le altre sostanze hanno una reale azione ben definita. Invece tale dimostrazione non si è ottenuta e la pratica della terapia così detta plurighiandolare in forma di tabloidi somministrati per bocca non ha certo contribuito ad accrescere le nostre esperienze terapeutiche in proposito. La terapia ormonica multipla però può avere qualche indicazione, come nel mixedema e nel cretinismo, in cui vi è un difetto di molte ghiandole e la sostituzione tiroidea non è sufficiente; sembra che in tali casi la pituitrina e, forse anche l'adrenalina e l'insulina diano buoni risultati. Ma in generale la terapia plurighiandolare è ben lungi dall'essere razionale ed i successi che essa vanta non sono certamente istruttivi.

In merito a tali questioni, sarebbe anzitutto necessario stabilire un pubblico controllo sulle fabbriche di prodotti endocrini, ottenere una sufficiente uniformità nella composizione degli estratti ghiandolari e far sì che la stampa medica dedicasse regolarmente un po' di spazio per la critica della « leggera, ma non innocua » letteratura endocrina. Sarebbero soprattutto necessarie delle prove sull'azione della pituitaria, dei surreni, dei testicoli e delle ovaie; nonchè delle nozioni esatte sul valore dell'estratto tiroideo nei ritardi mentali degli scolari, nell'adenoidismo, nella costipazione, ed inoltre sul valore dell'insulina per la prognosi delle lesioni nei diabetici e sulla sua possibile azione per frenare il catabolismo eccessivo, quale si ha nel gozzo esoftalmico, nella neurastenia, nella fosfaturia.

III. — Azioni farmacologiche e metaboliche di alcuni prodotti endocrini. (D. Murray Lyon).

I farmacologi si sono appassionatamente dedicati allo studio degli estratti ghiandolari, per i quali richiedono una definita evidenza dell'attività, ammettendo l'efficacia di pochi prodotti; la condanna degli altri non implica l'affermazione che la relativa ghiandola non abbia funzioni, ma soltanto che il processo di estrazione è inadeguato. In qualche caso, come per la tiroide, vi è nella ghiandola una certa riserva di estratto, mentre in altri si ha soltanto in essa una sostanza madre del tutto inattiva. I nostri metodi di estrazione sono poi spesso troppo grossolani ed in certi casi non è possibile isolare il principio attivo da prodotti di desintegrazione come l'istamina. Ciò nonostante, il campo della terapia endocrina è ben lungi dall'essere sterile, in quanto che si sono scoperte delle sostanze di una definita azione farmacologica, che sono usate con vantaggio anche se non esiste una vera deficienza endocrina.

Fra queste è soprattutto importante l'adrenalina. Anche l'estratto tiroideo mostra notevoli effetti che sono però in gran parte indiretti; è interessante notare che parecchi effetti ritenuti caratteristici dell'ipertiroidismo sono prodotti dall'adrenalina oppure da stimolo del simpatico, sicchè si ritiene da taluno che la tiroide agisca nel senso di sensibilizzare i tessuti all'azione dell'adrenalina e del simpatico; si è anche rilevato che l'adrenalina è più potente quando la tiroide è attiva. Importanti poi sono gli effetti della tiroide sul metabolismo generale e sullo sviluppo dei giovani.

Per quanto riguarda la pituitaria è stato finora impossibile ottenere un prodotto del lobo posteriore senza istamina ed altre sostanze analoghe; la variabilità dei diversi estratti è la causa probabile dei risultati contradditori ottenuti. Le azioni principali della pituitaria si esplicano sui reni, sull'intestino, sulla vescica e sull'utero. Praticamente gli estratti pituitari si dànno per aumentare la peristalsi intestinale e le contrazioni della vescica, nel solo caso di paresi, ma non di atonia; gli ostetrici li usano poi correntemente per aumentare le contrazioni uterine. La sostanza pituitaria data per bocca viene distrutta dalla tripsina e da altre sostanze; oltre che per iniezioni essa può venire somministrata per assorbimento dalla mucosa nasale.

Con la sostanza paratiroidea si sono ottenuti notevoli miglioramenti nella tetania e per aumentare il calcio sanguigno, sicchè da Collip si propone un metodo di standardizzazione farmacologica.

Sebbene i farmacologi accettino soltanto pochi fatti dallo studio dei prodotti endocrini, è probabile che nuovi fatti e nuove scoperte vengano ad aggiungersi ai primi. Si deve però tener presente che il medico, in generale, non esercita una critica sufficiente in questo campo e scambia spesso il *propter* per il *post*. Siamo ancora lontani da un'organoterapia razionale e basata su fatti sicuri. Prima di vantare le proprietà terapeutiche di una determinata sostanza si devono sottoporre le osservazioni ad una severa critica e non accettare un rimedio se non soddisfa ai seguenti postulati: 1) I risultati ottenuti non devono essere dati da un altro agente che può agire insieme. 2) Il preparato deve sempre produrre gli stessi effetti nelle stesse condizioni. 3) Si devono poter fare dei sicuri controlli.

FILIPPINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

II Congresso della Società Italiana di Oto-Neuro-Oftalmologia.

Roma, 20, 21 e 22 ottobre 1926.

(Continuaz. e fine; vedi fasc. prec.).

SILVAGNI. — *Sindrome rara da necrosi della rocca petrosa.* — L'O. porta un contributo alla casistica delle necrosi della rocca petrosa. Una paziente fu sottoposta al vuotamento petromastoideo: all'atto operatorio si trovò oltre una carie dell'aditus, un vasto sequestro che circondava il tronco facciale: il quale rimase liberato d'ogni parte e intersecava la regione come una corda d'arco.

Le condizioni della paziente andarono peggiorando e si instituì gradualmente una sindrome neurologica che comprendeva i nervi cranici dal V al XII. Per esclusione si arrivò alla diagnosi di neurite tossico-infettiva.

L'autopsia infatti mostrò intatti i nervi cranici alla loro origine apparente, e le meningi; esisteva invece una necrosi completa della rocca petrosa.

L'interesse del caso è dato oltre che dall'estensione del processo necrotico, dalla sindrome neurologica così estesa.

TORRIGIANI e LUNEDEI. — *Sindrome simpatica cervicale totale simulante la sindrome sfeno-palatina.* — Gli OO. hanno osservato alcuni soggetti a sistema nervoso vegetativo normale i quali, sotto l'azione prolungata di alcuni stimoli e specialmente della polvere e del caldo, sono colti da crisi di disfunzione vegetativa strettamente localizzata da uno stato di intensa vasodilatazione generale, miosi, broncospasmo, bradicardia e da uno stato di marcata ipoeccitabilità simpatica localizzata alla metà superiore del corpo. La intensa vasodilatazione provocava gravi disturbi psichici e manifestazioni in tutto simili alle manifestazioni della sindrome di Sluder.

Gli OO. hanno ottenuto una apparente completa guarigione con le applicazioni diatermiche in corrispondenza dei gangli simpatici cervicali.

V. MASINI. — *Osservazioni nelle alterazioni endocrino-simpatiche degli adenoidei.* — Riferisce dei di lui studi sulle vegetazioni adenoidee, facendo osservare che questa malattia produce delle lesioni nell'interno del cranio, che sono la causa di tutti i disturbi che presentano questi soggetti.

BONFIGLIO F. — *L'encefalite erpetica sperimentale e la soroplasmosi del coniglio.* — L'O., esposti i risultati delle sue ricerche personali sulla soroplasmosi e sulla encefalite erpetica sperimentale del coniglio, illustrandoli con un numero di proiezioni di microfotografie, conclude che non si può fare una sicura differenziazione fra le due diverse forme morbose.

GIO. FERRERI e NUVOLI. — *Studio clinico e radiologico sopra i neoplasmi peritubarici: sull'iperemia precoce del martello quale sintoma premonitore.* — G. FERRERI riferisce sopra diversi casi di tumori maligni che delle regioni tubariche e peritubariche invasero, oltre il cavo naso-faringeo, la fossa cranica media e posteriore. Ricorda come da qualche tempo egli si sia accorto di un piccolo segno a carico dell'orecchio veramente importante come sintoma premonitore e come guida verso la diagnosi definitiva, cioè di una lieve iperemia dei vasi che corrono parallelamente al manico del martello: iperemia che alle volte si continua in alto sulla membrana di Shrapnell. La membrana si presenta per lo più poco opacata ma con il triangolo luminoso accorciato e assai meno luminoso del normale. L'O. attribuisce la iperemia malleolare alla stasi venosa occorsa nell'orecchio medio per la stenosi tubaria che il tumore stabilisce nell'ostio faringeo. Per correttezza l'O. afferma di aver udito in una discussione privata col prof. RUTTIN di Vienna che anche questo autore ha notato lo stesso fatto, che egli però volle attribuire a patogenesi diversa. L'O. ignora se il RUTTIN abbia pubblicato qualche cosa in proposito e propone di associare i nomi di FERRERI-RUTTIN al sistema in parola

L'O. ricorda inoltre come le vie di invasione del neoplasma dalle regioni tubariche e peritubariche nell'endocranio si effettui secondo tre strade: attraverso i seni, o attraverso la tuba, orecchio medio e rocca o attraverso il tegmen o la fossa pterigo-mascellare.

P. CARCÒ. — *Sull'importanza della sieroterapia specifica endorachidea nel trattamento delle meningiti purulenti d'origine otitica.* — L'O. illustra un caso in cui solo mediante le punture lombari — punture che diedero esito a liquido prettamente purulento, nel quale si rinvennero, per giunta, in gran copia i pneumococchi — e le successive iniezioni endorachidee di siero antipneumococcico si potè ottenere la guarigione del paziente, il quale senza il detto trattamento sarebbe certamente morto. Il p. era già stato invano operato di svuotamento mastoideo.

BALDUZZI e PISANI. — *Il comportamento della pressione del liquor dopo la rachicentesi.* — Gli OO. studiando in 10 soggetti senza ipertensione endocranica, quali modificazioni subisse la pressione del liquor dopo la rachicentesi con estrazione di varie quantità di liquor, hanno potuto constatare che la pressione lombare andava aumentando raggiungendo il massimo 12 ore dopo la rachicentesi. Tale aumento costante ma non identico in tutti i casi era assai minore se il liquido era estratto in quantità minore. Si notava cioè un rapporto costante tra aumento della pressione post-puntoria e quantità di liquor estratto.

Gli OO. credono così di aver dimostrato sperimentalmente che la natura della maggior parte dei disturbi postpuntori vanno riportati non ad una ipotensione del liquor ma ad una ipertensione, tanto più che di questi la maggioranza dei casi ora rivestono anche caratteri clinici.

G. ZANNI. — *Stati pituitarii ed alterazioni del naso, della faringe, dell'orecchio e della laringe.* — Nei malati con « sindrome acromegaliforme » l'O. ha riscontrato particolari modificazioni dei seni facciali, dello scheletro e del laringe e del faringe, e delle tonsille.

A. SEGUINI. — *Coma frontale da ferita fronto-orbitaria.* — L'O. riporta la storia clinica di un giovinetto affetto da coma frontale per ferita e spappolamento del lobo frontale in corrispondenza della parte anteriore della prima e seconda circonvoluzione.

PISANI e GOZZANO. — *La reazione di Maki Takata e Kijoschi Ara sul liquido cefalo-rachidiano.* — Gli OO. descrivono la tecnica e mettono in rilievo i pregi della reazione di Maki Takata e di Kijoschi Ara, che hanno eseguito in qualche centinaio di liquidi cerebro-spinali normali e patologici.

Giovedì 21 Ottobre, ore 15.

Presidenza: PORTMANN-CITELLI.

Comunicazioni di Oftalmo-Neurologia.

BARANY. — L'O. dimostra che la divisione dello strato interno dei grani della corteccia è il sostrato anatomico della visione binoculare e trae numerose conclusioni da questa ipotesi, che possono venir controllate dalla fisiologia sperimentale in connessione con la istologia e per mezzo della anatomia comparata.

La sua ipotesi venne ultimamente verificata da uno studio di v. VOHLMANN sulla corteccia ottica dello scoiattolo (*An. Aneigen*, 1926).

DI MARZIO. — *Sintomi oculari nei tumori cerebrali.* — Si tratta di un nuovo tentativo di caratterizzare i sintomi coulari nei tumori cerebrali attraverso una larga casistica personale e della Clinica Neurologica di Roma e cioè su circa 70 osservazioni con indagini radiologiche e con conferma all'autopsia.

Osserva la frequenza del sintomo predominante, la papilla da stasi, nelle varie localizzazioni dell'affezione con riferimento ai tipi di stasi papillare.

Nota il valore delle varie alterazioni del campo visivo in rapporto alle lesioni delle vie ottiche.

Infine considera la varietà della sintomatologia delle lesioni dei nervi cranici nella determinazione di alcune sindromi e nelle modificazioni della pupilla.

G. MAZZANTINI — *Rapporti del ganglio ciliare con i centri mesencefalici.* — L'O. richiamandosi al concetto di GUDDEN ha praticato la exenteratio bulbi, la enucleatio e l'asportazione dell'iride in cani cuccioli, aspettando per l'uccisione dell'animale un periodo di circa 4 mesi.

L'esame istopatologico dei preparati colorati col Nissl ha dimostrato che costanti alterazioni nell'ambito dei nuclei microcellulari del III paio non circoscritte, ma diffuse, bilaterali, sebbene più accentuate da un lato e in proporzione diversa a secondo l'entità dell'atto operativo. Così nel ganglio ciliare del lato operato.

MENESTRINA. — *Esoftalmo pulsante complicato a fenomeni di intenso edema orbitario, guarito spontaneamente.* — L'O. riferisce su di un caso interessantissimo di esoftalmo pulsante, guarito spontaneamente dopo un anno.

RAVERDINO. — *Guarigione spontanea di esoftalmo pulsante traumatico con calcificazione delle arterie endocraniche ed endorbitarie.* — Riferisce la storia di un malato il quale, circa venti anni addietro era stato affetto di esoftalmo pulsante di origine traumatica nell'occhio destro. Dopo un anno le pulsazioni cessarono ed il malato passò in stato di guarigione pur rimanendo la exoftalmia.

Tre anni addietro un nuovo trauma della regione orbitaria destra provocò un aumento alla exoftalmia e una pulsazione durata pochi giorni. L'acutezza visiva che si era notevolmente diminuita dopo il primo trauma si ridusse a 0 in seguito al secondo. All'esame oftalmoscopico si riscontrò atrofia del nervo ottico. Particolarità notevole in questo malato è il fatto che all'esame radiografico si notò sia nella cavità orbitaria che in corrispondenza della regione sellare e posteriormente alla lamina quadrilatera nella posizione laterale, una calcificazione dei vasi molto evidente.

La constatata calcificazione dei vasi è stato un fatto sufficiente per sconsigliare all'O. qualunque intervento operativo.

SABBADINI. — *Paralisi del retto esterno post-rachistovainizzazione.* — L'O. conferma l'ipotesi di BALDUZZI e PISANI, ed espone il caso di una donna, che fu sottoposta a rachistovainizzazione per colecistectomia. La paralisi del retto esterno di destra e la cefalea, che erano sorte 4 giorni dopo, sparirono dopo una seconda puntura lombare.

F. AGNELLO. — *Diplopia monoculare.* — L'O. riporta la storia di una ragazza in cui comparve diplopia, fino alla poliopia in un occhio affetto da cheratite parenchimatosa eredoluetica.

L'O. fa dipendere il fenomeno da cause fisiche periferiche escludendo qualunque influenza nervosa.

MEZZATESTA. — *Sulla interpretazione di alcune cosidette « nevriti retrobulbari » (ambliopia alcoolica).* — Dopo aver riferito su 25 casi di ambliopia alcoolica, in cui si poteva escludere ogni altra causa, l'O. dimostra come tale ambliopia sia dovuta ad aumento della pressione endocranica, messa in evidenza sempre dalla radiografia e dalla puntura lombare. I sintomi, dopo la p. l. migliorano fino a scomparire, restituendo una acutezza visiva uguale al normale. Si tratta per l'O. di disordine funzionale dei plessi coroideali da ipertensione vasale localizzata, con eccessivo aumento della secrezione del liquor.

G. DE VINCENTIIS. — *Considerazioni sull'importanza del fattore tossico « nicotina » nella genesi della così detta « ambliopia alcoolico-nicotinica ».* — L'O. rilevato come tuttora discordi siano le opinioni circa la natura del più importante fattore della così detta « ambliopia alcoolico-nicotinica » porta alla questione in parola il contributo di alcuni dati statistici, in base ai quali è indotto a riconoscere nel tabacco la causa di tale particolare frequenza di ambliopie tossiche.

DI MARZIO. — *Sulle lesioni oculari da idrocefalo acuto e loro guarigione con la puntura lombare.* — L'O. illustra l'importanza della sintomatologia dell'idrocefalo acuto specialmente quando, come nei tre casi da lui osservati, predominano solo i sintomi oculari e cioè rapida limitazione di vista e papille da stasi.

In tutti e tre i casi si ottenne la guarigione rapidamente e definitivamente con poche punture lombari.

SEGUINI. — *Emianopsia binasale.* — L'O. riporta tre casi di emianopsie binasali dovute ad affezione luetica, ed illustra specialmente il terzo caso in cui l'emianopsia è manifesta in soggetto affetto da tabe.

SABBADINI e PISANI. — *Le modificazioni delle lesioni oculari metaluetiche in seguito alla malarizzazione.* — Gli OO. espongono i primi risultati di accuratissime osservazioni oftalmologiche prima e dopo la malarioterapia, eseguite su pazienti tabetici e tabo-paralitici, affetti tutti da atrofia grigia del II paio in stadi più o meno avanzati. Rilevata la grande importanza che presenta nel tabetico l'iniziarsi dell'atrofia del nervo ottico, espongono le conclusioni lusinghiere cui sono giunti, per quanto gli OO. ritengono che non debba darsi una risposta definitiva se non dopo un periodo di osservazione di almeno un anno e mezzo. Le atrofie osservate subiscono un arresto subito dopo la malarioterapia, ed in qualche caso è evidente un netto miglioramento; i controlli si basano esclusivamente su ripetuti esami campimetrici e funzionali. I brillanti risultati raggiunti fino all'epoca attuale collimano con le osservazioni di ELSCHNIG e di FISCHER sullo stesso argomento.

F. MEZZATESTA. — *Emiatrofia facciale e disturbi visivi.* — L'O. riferisce su 4 casi di emiatrofia facciale, che presentavano dal lato atrofico, disposizione frontale del planum sphenoidale, lordosi sellare, arresto di sviluppo dell'apofisi clinoidea anteriore, impicciolimento della cavità orbitaria; si notano poi, sempre dallo stesso lato, la sindrome di Hörner e alterazioni trofiche della congiuntiva palpebrale. L'O. conclude che si tratti di lesione del simpatico cervicale che, col meccanismo di una meningite sierosa localizzata, disturbi l'ossificazione principalmente dello sfenoide provocando la malformazione.

D. SABBADINI. — *Modificazioni della sensibilità corneale in metaluetici nervosi.* — L'O. segnala nei tabetici e tabo-paralitici la presenza di vere anestesie a quadranti interessanti sia la cornea che la congiuntiva bulbare corrispondente, fatto questo piuttosto raro o per lo meno poco bene messe in evidenza nelle comuni osservazioni. Esse anestesie parziali della cornea rappresentano una diretta partecipazione del V paio al processo tabetico e possono preludere alla comparsa di ben più gravi alterazioni corneali.

AGNELLO. — *Emicrania oftalmoplegica.* — L'O., riferite tre storie di pazienti affetti da emicrania oftalmoplegica, è indotto a considerare l'emicrania oftalmoplegica come una particolare sindrome morbosa senza apparente fondamento anatomico e legata verosimilmente ad un processo autotossico che colpendo le fibre del III paio determinerebbe una nevrite radicolare interessando successivamente anche i gruppi cellulari corrispondenti.

Venerdì 22 Ottobre, ore 8.

Presidenza: MASINI-DI MARZIO.

Comunicazioni di Oftalmo-Otologia.

BERTOLOTTI. — *L'osteite parietale dei seni posteriori nel quadro radiologico delle sinusiti latenti, con nevrite retrobulbare.* — L'O. in base ad una indagine Röntgen sistematica basata su molte operazioni ha potuto studiare dieci casi di nevrite retrobulbare in soggetti nei quali il rinologo riscontrava l'assenza od una grande povertà di sintomi a carico dei seni posteriori.

L'O. si propone dapprima di verificare in quanto la variabilità morfologica delle cavità sinusali potesse costituire una predisposizione anatomica alle alterazioni del n. ottico, e secondaria-

mente di mettere in rilievo il *quid* anatomo-patologico reperibile nelle forme di sinusite *sine materia*.

L'O. arriva alle seguenti conclusioni:

Pur non potendosi negare l'importanza delle anomalie formative (deiscenza, prolungamenti alari, basilari e pterigoidei, anomalie della cellula postrema dell'etmoide) tuttavia esse anomalie non rappresentano che il terreno favorevole sul quale l'innesto di un processo flogogeno condurrà poi alle complicanze del n. ottico e talora anche di altri nervi cranici.

Il fatto paradossale che le nevriti retrobulbari si incontrino così di rado nelle sinusiti posteriori francamente suppurate, si può spiegare considerando come l'alterazione della guaina degli ottici si compia attraverso ad un lentissimo processo di osteo periostite che interviene molto tempo dopo.

In altri termini sotto l'aspetto radiologico una sinusite latente con nevrite retrobulbare è sempre una *polisinusite cronica* di antichissima formazione ad evoluzione lenta, a piccole *poussées* il cui inizio risale all'infanzia. Questa infezione infantile annidata nel labirinto etmoidale senza causare talvolta grossolane lesioni della mucosa provoca una *osteite condensante* che si può estendere non solo alle pareti dei seni etmoidosfenoidali, ma anche al corpo, alla sella turcica, alla grande ala dello sfenoide e financo ai processi pterigoidei. Nemmeno eccezionale risultò all'O. l'osteite reattiva delle pareti dell'orbita. Nei casi più avanzati il quadro R. dell'osteite iperplastica si complica con quello dell'osteite rarefacente.

Nelle forme unilaterali di nevrite retrobulbare l'osteite parietale etmoidosfenoidale risultò prevalente dalla parte colpita.

Nei dieci casi studiati dall'O. oltre alla nevrite retrobulbare vennero riscontrate: turbe nel dominio del ganglio sfeno-palatino (2 casi), anosmia (2 osservazioni), ipoacusia e vertigini (3 osservazioni)) attacchi di cefalea fronto-occipitale (4 casi), nistagmo (1 osservazione).

In sostanza sebbene la dottrina delle turbe dei nervi cranici dovuta ad affezioni patologiche delle cavità sinusali presenti tuttora qualche lacuna; considerando il problema dal lato rontgenologico si può conchiudere che la sinusite *sine materia* non esiste, perchè ogni qualvolta intervengano complicazioni l'indagine radiografica dimostra l'esistenza di una pansinusite cronica a reazione osteo-periostale.

CITELLI. — *Presentazione di un nuovo disfanoscopio.*

TOTI. — *Sullo stato dei metodi di rinostomia per la cura delle dacriocistiti.* — L'O. riprendendo in esame la dacriocistorinostomia esterna del prof. Toti, dimostra l'importanza che all'estero si è data all'operazione italiana e si dichiara contrario alla dacriocistectomia salvo casi ben determinati e di urgente indicazione.

GH. FERRERI. — *Apertura intra-nasale del sacco lacrimale nell'ozena.* — L'O., dopo aver messo in evidenza i stretti rapporti che corrono in molte malattie infettive del naso tra sacco lacrimale e mucosa nasale attraverso il condotto naso-lacrimale, descrive il modo di praticare la dacriocistorinostomia interna (operazione di Poliak-West) e ritiene che questa debba essere riservata a quei casi nei quali esistono lesioni ozenatose delle vie nasali, e che dovrà però essere praticata una volta che l'ozena sia passata nel periodo di regressione (scarsezza di croste).

T. MANCIOLI. — *Il simpatico nella patologia oculare e rinologica.* — Premessi i ricordi anatomici relativi al ganglio sfeno-palatino, l'O. sulla base di numerosi casi clinici dimostra come anomalie di funzionalità del simpatico, spesso determinate da modificazioni endocrine possono apportare gruppi di disturbi nella patologia rinologica: *a*) sintomi trofici; *b*) sintomi sensitivi; *c*) sintomi secratorii e vasomotorii.

G. CALOGERO. — *Glaucoma in ozenatoso. Considerazioni sull'etiopatogenesi delle due malattie.* — L'O., descritto il caso, avanza l'ipotesi che tra l'ozena ed il glaucoma nel caso descritto esistano dei rapporti di causa e di effetto, che cioè il glaucoma sia stato provocato dalla riacutizzazione dell'ozena, la quale avrebbe agito, attraverso le fibre simpatiche nasali sul ganglio sfeno-palatino e sul simpatico cervicale, che hanno grande importanza nella patologia oculare, irritandoli.

GIO. FERRERI e Q. DI MARZIO. — *Blefaro-congiuntiviti da riniti vasomotorie.* — Un gran numero di congiuntiviti e di blefaro-congiuntiviti sono in rapporto alle affezioni del naso. Si tratta particolarmente di congiuntiviti a tipo flacido del fornice inferiore con lieve secrezione siero-mucosa, di blefariti semplici e blefaro-congiuntiviti le quali si producono accessualmente e si riacutizzano periodicamente. Quasi sempre sono in rapporto con disturbi della funzione ovarica e tiroidea e sono frequenti nei tipi adenoidei. Migliorano rapidamente e guariscono con la cura delle affezioni nasali. Durante il periodo di un anno gli OO. hanno avuto modo di osservare circa 50 malati di congiuntivite e blefarite in rapporto a lesioni nasali e guariti con la cura di queste.

Rinoscopicamente ci si trova in questi casi di fronte a due tipi principali di flogosi cronica della mucosa del naso, ambedue su base nettamente *vasomotoria*. E precisamente due forme di rinite ipertrofiche vasomotorie: la forma *iperemica, dura* d'aspetto rosso-scuro, con mucosa finemente zigrinata qua e là cosparsa di essudati muco-purulenti, e la forma *flacida, molle*, d'aspetto biancopesca, con mucosa liscia, bagnata di sierosità citrine. Per lo più le due forme di rinite ipertrofiche (la dura e la flacida) sono di lieve entità.

I risultati migliori si sono ottenuti cercando di

agire sulla vasta e complessa rete simpatica della mucosa nasale, onde influire indirettamente attraverso le innumeri connessioni fra simpatico congiuntivo-palpebrale e simpatico sfeno-palatino.

Il trattamento consiste oltre che in medicature balsamiche della mucosa nasale, in cauterizzazioni molte volte ripetute, puntiformi, a fine di agire sulle terminazioni simpatiche della sottomucosa, alternate a medicature locali con tamponi di soluzione cocaino-adrenalinica portate quanto più profondamente nel meato medio, onde poter giungere il più vicino possibile alla regione sfeno-palatina. La cura deve durare parecchie settimane.

CALICETI. — *Su una nuova sindrome oculo-endocranica di origine nasale.* — L'O. descrive una nuova sindrome nasale consistente in paralisi dell'abducente e cefalea frontale omolaterale consecutiva ad occlusione completa della cavità nasale sinistra per ipertrofia poliposa della testa del turbinato medio, e scomparve rapidamente dopo l'asportazione di detta massa poliposa.

Riguardo alla patogenesi, l'O. è indotto ad attribuire grande importanza ai rapporti venosi tra mucosa nasale e seno cavernoso e tra questo con l'abducente e con le grosse vene affluenti (vene anastomotiche, vene cerebrali anteriori ed inferiori).

D. DI DONATO. — *Su di uno speciale reperto oftalmico in alcuni casi di sinusite posteriore latente.* — L'O. riferisce quattro casi di etmoido-sfenoidite latente che potrebbero essere diagnosticati specialmente per uno speciale ed anormale reperto oculare di neurite ottica retro-bulbare associata a papillite.

L'O. richiama l'attenzione degli oculisti e dei rinologi sul reperto oculare da lui illustrato ed antecedentemente messo in rilievo anche dal Portmann.

L. CANESTRO. — *Tubercoloma etmoido fronto-orbitale.* — L'O. presenta un rarissimo caso di tumore fronto-etmoidale che aveva otturato la parete esterna e orbitale del seno frontale invadendo l'orbita e determinando un imponente esoftalmo. Detto tumore da altri curato per lungo tempo come un tumore *mali moris*, venne dall'O. esportato per via esterna e l'esame istologico ha dimostrato trattarsi di un *tubercoloma*.

L. CANESTRO. — *Condroma etmoidale con esoftalmo secondario.* — L'O. presenta un raro caso di condroma etmoidale con esoftalmo secondario e fatti di compressione sul nervo ottico. Discute sulla genesi e sulle difficoltà diagnostiche e da questi casi sull'ottimo risultato ottenuto.

PIAZZA MISSORICI. — *Su un caso di pansinusite acuta destra con flemmone orbitario e esoftalmo, con speciale riguardo ai metodi operativi più adatti al caso.* — L'O., messa in rilievo la gravità del caso, descrive l'intervento che fu portato secondo il Citelli per le sinusiti frontali e per quella mascellare. Con tale metodo di cura si è evitato di ricorrere ai metodi demolitivi (Ogston Luc e Caldwell Luc).

MERELLI. — *Un caso di osteomielite del mascellare superiore con notevole ascesso sottoorbitario in un lattante.* — L'O., descrivendo un caso di osteomielite acuta del mascellare superiore osservato in una bambina di circa tre mesi e mezzo ed in cui si era formato un notevole ascesso sottoorbitario che aveva determinato la chiusura completa della prima palpebra, mette in evidenza la notevole rarità dell'osservazione ed il felice risultato dell'intervento eseguito.

G. CALOGERO. — *Sui disturbi auricolari nella oftalmia simpatica. Contributo clinico e considerazioni sull'etiopatogenesi di essi.* — L'O. sostiene non potersi ammettere alcuna importanza a quelle teorie che sostengono a base della patogenesi dei disturbi auricolari un processo meningitico, una metastasi, una sensibilizzazione del pigmento labirintico, ecc., non potendo con nessuna di queste spiegarsi tutti i sintomi che s'accompagnano spesso all'insorgenza di disturbi auricolari nell'oftalmia simpatica. Egli sostiene invece che la patogenesi di tali disturbi risieda in una eccitazione del simpatico cervicale.

TOMMASI. — *Sinusite purulenta cronica etmoido-sfeno mascellare con lesioni dell'orecchio.* — L'O., dopo avere riferito di un caso di neurite retrobulbare occorsogli, ed esposto il metodo da lui seguito nell'operazione sui seni posteriori e sul mascellare, ritiene che in tutti i casi di neurite retrobulbare ad etiologia oscura si debba procedere al più presto all'apertura di questi seni.

G. CALOGERO. — *Pseudoplasma dell'orbita simulante un'affezione dei seni posteriori.* — Riporta il caso di un ammalato che presentava notevole esoftalmo sinistro supposto tumore dell'infundibolo orbitario, specie in base all'esame radiografico. Trattavasi invece di uno pseudoplasma (tipo Sanas) guarito con cure mercuro-arsenicali.

SCALINGI. — *Su di una sindrome angiosclerotica oculo-auricolare.* — Ricordato quanto ha avuto occasione di esporre molti anni fa circa un'atrofia ottica che si manifesta con sintomi clinici di così detta neurite retrobulbare cronica, e inoltre come detta atrofia sia stata dall'O. messa in rapporto con una condizione angiosclerotica nel territorio della oftalmica, egli mette ora in rilievo un'associazione morbosa da lui notata in alcuni infermi di una otosclerosi più o meno accentuata con un'atrofia ottica dallo stesso lato (talora la lesione è bilaterale); ciò che mentre conferma maggiormente la natura di detta atrofia ottica, fa conoscere la possibile estensione di siffatte alterazioni angiosclerotiche a un territorio vasale più vasto.

D.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La sindrome vescicolare.

La colica vescicolare è una forma della colica epatica, caratterizzata clinicamente dalla ripetizione di crisi e da un tumore vescicolare in corrispondenza della regione della vescicola: anatomicamente è caratterizzata dall'assenza della migrazione del calcolo o per volume eccessivo di questo, o per strettezza o flessione del dotto cistico. Poichè tutti i fenomeni si limitano alla vescicola senza giungere alle vie biliari, si spiega la mancanza dell'ittero portando così a rendere difficile la spiegazione di una sindrome dolorosa sottoepatica.

La vescicola biliare anche distesa non è sempre accessibile alla palpazione, osserva G. Parturier (*Archivos de med., cir. y espec.*, maggio 1926; praticamente riassumendo i risultati delle autopsie compiute al riguardo dall'A., si può dire che su 100 casi la vescicola in 55 è più o meno sporgente, in 18 nè sporgente nè rientrante, in 11 è provvista del suo meso, in 16 è retratta. **Cioè nel 25 % è facile a palpare se si distende, nel 10 % vi è re**trazione, nel **60 %** è possibile la sua palpazione in relazione al bordo anteriore.

La regione epatica è per eccellenza la regione del dolore tardivo che può essere immediato e precoce (spasmo dell'esofago), ritardato (gastrite superiore di Ramond), tardivo (lesioni organiche del crocicchio superiore, cioè colon trasverso, massa epatica con vescicola biliare, appendice, piloro, duodeno con centro nella vescicola).

In relazione con gli alimenti i dolori compaiono nella prima ora (ulcera della piccola curvatura), nella seconda (ulcera duodenale), nella terza (colica epatica), nella quarta (ulcera pilorica) o nella quinta ora (colite mucomembranosa, tiflite, paratiflite). Alcuni dolori sono esacerbati dagli alimenti (colica epatica), o attenuati (ulcera).

Fanno parte degli elementi clinici della sindrome dolorosa sottoepatica i fenomeni concomitanti (vertigini, nausea, vomito, ittero), la localizzazione e la irradiazione del dolore. Tutti gli elementi vanno singolarmente considerati per la differenziazione della sindrome vescicolare dalle altre numerose sindromi sottoepatiche.

MONT.

Condizioni di formazione dei calcoli biliari.

Si distinguono 3 gruppi principali di calcoli biliari: 1) i calcoli colesterinici puri, sempre solitari, a struttura radiata, formati nella cistifellea. 2) calcoli di colesterina — pigmenti — calcio, numerosi (fino a centinaia e migliaia), rotondi o sfaccettati, a struttura stratificata, formati nella cistifellea. 3) i calcoli terrosi di pigmenti, solitari o no, uniformemente stratificati senza un centro speciale, formati nelle vie biliari. (L. Aschoff, *Deutsch. Med. Wochenschr.*, n. 42 e 43, 1926).

I principali fattori che determinano la formazione dei calcoli biliari sono la stasi, l'infezione e le anomalie del ricambio. La stasi della bile è il fattore indispensabile, senza cui nè l'anomalia del ricambio nè l'infezione delle vie biliari potrebbero determinare la formazione di calcoli. Quando per un'anomalia del ricambio alcuni prodotti, p. es., la colesterina, sono formati in grande quantità, il sopraggiungere di una stasi biliare ne determina la precipitazione. Si formano in questo modo i calcoli di colesterina sola, gli unici che devono la loro origine ad una alterazione del ricambio. In altri casi la stasi biliare rende patogeni dei germi che vivono nelle vie biliari allo stato saprofitico. In un numero abbastanza rilevante di casi si trovano batteri nelle cistifellee, anche se queste sono apparentemente normali: coli, stafilococchi, pneumococchi, streptococchi. Di questi, il coli arriva probabilmente alla cistifellea per via biliare ascendente, gli altri germi per via ematogena: essi vengono eliminati dal fegato e dalla cistifellea, analogamente a come sono eliminati dal rene. La presenza di questi germi non è segno di colecistite, si tratta di una semplice batteriocolia; è necessario un secondo fattore, la stasi biliare, per trasformare la batteriocolia in colecistite. Si formano in tal modo i calcoli misti, di colesterina — calcio — pigmenti. La stasi biliare, questo fattore tanto importante per la formazione di tutte le specie di calcoli biliari, è di solito transitoria e dovuta ad alterazioni funzionali dei meccanismi di chiusura delle vie biliari. Questi disturbi di chiusura si possono manifestare sia in corrispondenza del coledoco (sfintere di Oddi) sia in corrispondenza del cistico (apparato sfinterico di Lutke). Si tratta di spasmi che a seconda della loro localizzazione determinano stasi in tutto il sistema biliare oppure nella sola cistifellea. In casi di spasmi prolungati e spesso ripetuti del cistico, la bile nella cistifellea viene incompletamente rinnovata, ed ispessita, di modo che se coesistono anomalie del ricambio la colesterina può precipitare: si osserva la formazione di calcoli colesterinici specialmente in quelle

condizioni, che determinano contemporaneamente e anomalie del ricambio e tendenza agli spasmi: p. es., durante la gravidanza o nel puerperio. Se gli spasmi si manifestano solo nel periodo di svuotamento della cistifellea (durante la digestione) questa viene a riempirsi sempre più negli intervalli tra i singoli periodi digestivi: quando cioè lo sfintere di Oddi è chiuso. Si forma in questi casi la « cistifellea ipertonica da stasi », in seguito a spasmi del cistico; in altri casi invece essa si forma in seguito a spasmi dello sfintere di Oddi, se questo si contrae durante il periodo di secrezione del fegato, senza che l'aumentato riempimento della cistifellea sia compensato da un aumentato svuotamento. In altri casi, la cistifellea viene sovrariempita perchè la muscolatura di essa è ipotonica o perchè diminuita la pressione intraaddominale in generale: si tratta allora di « cistifellee ipotoniche da stasi ».

È molto rara la formazione primitiva di calcoli nelle vie biliari normali: è necessaria a ciò una prolungata stasi biliare, quale non può venire determinata da spasmi, ma da occlusioni neoplastiche oppure calcolose (calcoli migrati dalla cistifellea). Questi calcoli che si formano primitivamente nelle vie biliari sono quelli del terzo gruppo elencato in principio: calcoli terrosi di pigmenti. Tutti gli altri calcoli che si trovano nelle vie biliari vi sono pervenuti secondariamente, dalla cistifellea: questi calcoli migranti determinano per via riflessa disturbi di chiusura del muscolo di Oddi, e sono causa delle malattie più gravi delle vie biliari intraepatiche e del parenchima del fegato.

POLLITZER.

Contributo alla colecistectomia ideale.

Doberer (*D. Zeit. f. Chir.*, vol. 195, marzo 1926, pag. 38) osserva come uno dei pericoli della colecistectomia ideale è che la chiusura del moncone del cistico non tenga e che quindi ne derivi un versamento di bile nella cavità peritoneale. L'A. ha eseguito in 6 casi un suo metodo che consiglia di applicare per evitare appunto questa possibilità. Assicuratosi che dal letto della cistifellea non gema bile o sangue e assicurata così la possibilità della chiusura per primam, pratica una doppia perforazione a tutto spessore della parete duodenale con il cauterio. Poi per mezzo di una pinza fa passare attraverso il duodeno i capi del filo con cui ha chiuso il cistico. In questa maniera il moncone del cistico pesca nel lume duodenale. Fissa poi con punti siero-sierosi il cistico alla parete duodenale e chiude le perforazioni praticate.

Un metodo simile è stato eseguito da Ahrens per l'obliterazione del coledoco. L'A. reclama però la priorità del suo metodo di cistico-duodenostomia.

VALDONI.

L'opoterapia ipofisaria nelle malattie della cistifellea.

L'iniezione sottocutanea dell'estratto ipofisario (lobo posteriore) determina una risposta regolare da parte della cistifellea, da cui, 25-30 minuti dopo, scola della bile trasparente, giallo-chiara; poi si vede il liquido che sempre più diventa spesso e scuro. Tale flusso dura per oltre un'ora, dopo di che la bile ridiventa normale.

Questo fatto può essere utilizzato nelle stasi vescicolari in terapia nei seguenti casi: 1) nell'occlusione totale acuta del coledoco con ittero pronunciato; 2) quando vi siano delle piccole concrezioni fino al volume di un nocciolo di ciliegia, con o senza ittero leggero; 3) nei casi in cui l'operazione è controindicata o categoricamente rifiutata e nei quali il trattamento medico ha probabilità di riuscita.

Come esempio tipico di un trattamento di tal genere, G. Ichok (*La Presse médicale*, 4 agosto 1926) cita il caso di Schodube, di una donna di 58 anni che si lamentava da un anno di coliche biliari violente, con temperatura normale. Le urine erano un po' iperacide con urobilinogeno. Nulla di speciale alla palpazione; solo sulla regione della cistifellea si notava una leggera sensibilità. Un giorno dopo la prima iniezione di estratto ipofisario, la malata ebbe una forte crisi dolorosa che si dovette calmare con l'atropina. Quattro giorni più tardi, nuova iniezione; il giorno stesso, comparsa di coliche epatiche che durarono 4 giorni, accompagnate da elevazione termica (39°,5) ed ittero che andò aumentando. Otto giorni dopo la prima iniezione, si trovarono nelle feci quattro calcoli, ciascuno della grandezza di un pisello; l'ittero poi scomparve e la malata non ebbe più alcun disturbo.

Ben inteso, non è da sperarsi la guarigione che in casi eccezionali. Ma la medicazione aiuta frattanto il malato a superare la crisi acuta. Se l'infezione domina la situazione, si metterà il malato in riposo, si prescriverà l'atropina e gli altri rimedi del caso; ma se i fenomeni di stasi sono accentuati, si ricorrerà alla medicazione ipofisaria.

Si può quindi ritenere che questa abbia il suo particolare dominio, di cui ulteriori studi potranno determinare i limiti e le applicazioni.

fil.

Nella colica epatica.

Riposo assoluto in letto, regime idrico, tutt'al più un po' di brodo di legumi; compresse calde sulla regione della cistifellea. Se vi è movimento febbrile, è preferibile invece il ghiaccio.

Iniezione di 5 mg. di morfina ogni due ore, associandovi la canfora in caso di depressione; altrimenti usare l'etere amilvalerianico (sei capsule al giorno, due al mattino, due a mezzogiorno, due la sera) oppure, nei parossismi dolorosi una delle seguenti pillole: Canfora polv. cg 4; oppio cg. 5; estr. alc. di giusquiamo cg. 3; per una pillola.

In caso di intolleranza gastrica, un piccolo clistere con la pera di gomma di: analgesina g. 1; laudano gocce 25; acqua dist. cmc. 50. Si possono anche usare i suppositori con: estr. di belladonna, estr. di oppio ana cg. 3; burro di cacao g. 3.

Combattere la costipazione con clisteri oleosi: 50 g. tutti i giorni a crisi finita; se le crisi sono subentranti, farne uno ogni due giorni.

(*Journ. des Praticiens*, 20 marzo 1925).

fil.

TECNICA.

Il metodo Mori per la colorazione del bacillo tubercolare.

Trattasi di una modificazione del noto metodo di Ziehl-Neelsen. La composizione della fucsina carbolica è la seguente. Fucsina Rubin g. 0.50; sciogliere in 10 g. di alcool assoluto, aggiungere acido fenico g. 2.50 e, poco a poco, 100 g. di acqua distillata. Lasciare in riposo per 24 ore, filtrare.

Si colora il preparato, fissato nel solito modo, per 10-15 secondi, a freddo; si lava con acqua. Si decolora per 10-15 secondi con soluzione di acido solforico a 1/100; si lava e si ricolora con blu di metilene (1/4000) per 10-15 secondi.

Il metodo ha il vantaggio di essere rapido e di usare una soluzione decolorante non molto concentrata. Per le urine, la decolorazione va fatta con acido nitrico al terzo in causa della presenza del bacillo dello smegma.

Per la omogeneizzazione il Mori consiglia l'uso del cloruro di ammonio. Si mescolano 5-10 cmc. di espettorato (o di ghiandole ben pestate e triturate in mortaio) con 45-90 cmc. di soluzione di cloruro d'ammonio al 10 %. Dopo 5-10 minuti, se la omogeneizzazione non è completa, la si facilita con l'aggiunta di 10-20 cmc. di glicerina pura.

Si tiene il miscuglio per mezz'ora-un'ora a 37°; si esegue la centrifugazione a 2-3000 giri in tubi possibilmente cilindrici; si decanta il liquido e dal materiale del fondo si allestiscono i preparati, tenendo possibilmente i vetrini per 5-10 minuti sul tavolino riscaldato.

Il controllo del metodo, eseguito da F. Rolando (*Rassegna int. di clinica e terapia*, nov. 1926) ha dimostrato la bontà del metodo, che è rapido, comodo e sicuro ed è bene utilizzabile anche con materiale emottoico.

fil.

Il metodo Spengler-Jotten per la colorazione del bacillo tubercolare.

P. Weiller (*Paris médical*, 25 dicembre 1926) ha fatto uno studio comparativo di quattro metodi di colorazione del bacillo tubercolare: Ziehl-Neelsen, Cépede (tenere il vetrino per 2-4 minuti in un liquido composto da 4 parti di soluzione alcoolica satura di blu di metilene in alcool assoluto e di una parte di soluzione di 20 cmc. di acido lattico in 80 di acqua); di Luisi (10 cmc. di soluzione acquosa satura di cristalvioletto a cui si aggiungono, al momento dell'uso, 2-3 gocce di fenolo al 5 %; colorare a caldo ai primi vapori, poi decolorare con acido nitrico al 40 % senza lavatura preliminare; colorazione di contrasto con soluzione acquosa di orange G); e di Spengler-Jotten. Quest'ultimo metodo è risultato il migliore; esso consiste nel colorare con lo Ziehl ai primi vapori; decolorare con acido nitrico al 15 % per 20 secondi; lavare e decolorare nuovamente per 10 secondi; lavare e ricolorare con soluzione di acido picrico in alcool (ana) per 30 secondi. I bacilli si staccano nettamente in rosso sul fondo giallo; l'epitelio polmonare è facilmente riconoscibile; per la colorazione dei cocchi è però preferibile il blu di metilene. Il numero dei bacilli di Koch messi in evidenza con questo metodo è di molto superiore a quello che si ha con gli altri metodi; viene subito dopo quello di Ziehl-Neelsen.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Verso una terapia farmacologica del diabete.

Quando Minkowski, attualmente direttore della Clinica medica di Breslavia, scoprì, in collaborazione di von Mering, nel 1889, che l'asportazione del pancreas determina un diabete grave, ne dedusse che quell'organo oltre al succo pancreatico, deve elaborare una secrezione interna in grado di determinare l'utilizzazione dello zucchero. Indipendentemente la stessa esperienza veniva eseguita a Napoli, dal De Dominicis.

In seguito vari tentativi sono stati fatti per accertare l'esistenza dell'increto pancreatico; ma ci sono voluti trent'anni perchè Banting, Best e Collip giungessero all'isolamento di esso. Ora dalla stessa Clinica del Minkowski dove si era compiuta l'osservazione di partenza, sono stati portati nuovi ed importanti contributi alla terapia del diabete, da tre giovani medici: E. Frank, M. Nothmann e A. Wagner (cfr. *Klin. Woch.*, 1926, n. 45; *Deut. Mediz. Woch.*, 1926, nn. 49 e 50; *Journ. A. M. A.*, 1927, n. 1).

Conviene premettere che Underhill e Blatherwick, negli Stati Uniti, avevano trovato come la tetania paratiroideopriva sia legata ad ipoglicemia; N. Paton e Findlay, in Inghilterra, riconobbero poi che questa ipoglicemia è correlativa alla presenza, nel sangue, di guanidina; Watanabe, nel Giappone, accertò che la guanidina è in grado di produrre ipoglicemia.

Gli AA. summenzionati della Clinica di Minkowski riconobbero che la guanidina non può impiegarsi in clinica, a causa della sua tossicità elevata; ma si sono ricordati di ricerche antiche, eseguite da Kossel, di Heidelberg, il quale nell'osperma di aringhe aveva trovato un nuovo composto guanidinico, l'agmatina, che i chimici dimostrarono essere un derivato dell'argirina, un amino-acido. Ora, essi hanno dimostrato che anche l'agmatina abbassa il contenuto di glucosio nel sangue, ossia ha gli effetti dell'insulina, e che è meno tossica della guanidina. Gli AA. si sono adoperati a cercare una sostanza derivata ancora meglio tollerata e così sono riusciti a preparare una guanidina plurimetilata utilizzabile in clinica, cui hanno dato il nome di santalina.

Il nuovo prodotto, sul quale gli AA. promettono ulteriori informazioni, possiede molte delle azioni dell'insulina, ma ne differisce sotto vari riguardi. Viene assorbito senza modificazioni attraverso le vie digerenti, di modo che può essere somministrato *per os*, il che costituisce un vantaggio notevole. È ad azione molto più lenta ma anche più durevole: la pienezza dell'azione si raggiunge solo il giorno dopo a quello della somministrazione; ma l'azione persiste dopo tre giorni e più. Si hanno prove sperimentali che esso determina accumulo di glicogene nel fegato. Come l'insulina, fa cadere l'acidosi. Se ne richiedono dosi molto più elevate: 1 mg. produce un effetto equivalente a 0.01 mg. della insulina purissima di Abel. Pur troppo, non è destituito di azioni tossiche: forzando le dosi, esso provoca perdita di appetito, dolorabilità addominale da incremento della peristalsi, a volte anche nausea, vomito e diarrea. Questi disturbi si evitano sospendendo la somministrazione ogni terzo giorno. I pazienti trattati al momento della pubblicazione ammontavano a 70, alcuni dei quali da sei mesi, senza danni apparenti; tuttavia Frank e i suoi collaboratori si pongono il problema dei possibili effetti dannosi tardivi, nei trattamenti protratti. Inoltre gli AA. rilevano che il nuovo prodotto non può sostituire l'insulina nei casi di coma, e neppure negli stadi precomatosi, a motivo della lentezza della sua azione; nei casi gravi può solo completare l'azione dell'insulina; trova invece le sue indicazioni nelle forme leggere di diabete. Gli sforzi degli AA. sono ora diretti a trovare altri prodotti similari e si legittima la speranza che, procedendo per la via tracciata, verranno presto realizzati progressi sensibili nella terapia del diabete.

H. Strauss (*Mediz. Klinik*, 1927, n. 4) nell'insieme conferma i precedenti risultati. Non sono stati rari i fenomeni d'intolleranza, ma non gravi e scomparivano sospendendo il rimedio. L'A. raccomanda di attenersi alle prescrizioni preconizzate da Frank, cioè cominciare con una dose di prova di 10 mg., solo alla terza somministrazione passare a 20 mg., praticare somministrazioni intervallari. Se il rimedio è ben tollerato, si dimostra utile nelle forme lievi e medie di diabete; nelle forme gravi non può prendere il posto dell'insulina.

Una caratteristica di questi studi è la collaborazione internazionale. Questa ormai assume molta parte in tutti i campi nell'accelerare i progressi scientifici.

L. VERNEY.

Impiego dei tartrati nel diabete.

F. Aubel (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10-16 settembre 1926) rileva che, secondo ricerche di Pohl, l'acido tartarico è in massima parte bruciato dagli organismi superiori e che l'uomo possiede questa capacità di utilizzazione in grado maggiore degli animali. Dakin e Heuberg hanno accertato che i due isomeri ottici si comportano in modo identico, sotto questo riguardo. Il diabetico è capace quanto l'uomo sano di utilizzare l'acido tartarico; così Baumgarten ha somministrato dei tartrati a dei diabetici e non ha constatato nessun aumento della glicosuria. Secondo l'A., in queste condizioni l'acido tartarico può sostituire una parte degl'idrocarbonati nella razione alimentare, sarebbe particolarmente prezioso nei diabetici; ma occorrerebbe in precedenza determinare il limite di tolleranza dell'organismo per i tartrati, i quali hanno azione purgativa. Ossidandosi essi forniscono dei carbonati, idonei a combattere l'acidità e prevenire l'acidosi.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 2690:

Si rivolga alla Direzione Generale della Sanità Pubblica (Divisione dell'igiene e profilassi: dott. comm. A. La Branca).

P.

Al dott. A. M., da M.:

I laureati di qualsiasi anno possono esercitare la professione odontoiatrica senza possedere alcun diploma di perfezionamento, come avviene per tutte le altre specialità della medicina.

Per aprire un Gabinetto dentistico il medico deve semplicemente far registrare il proprio diploma di laurea nell'ufficio comunale della città ove esercita.

Le Università di Milano, di Bologna e di Firenze hanno Scuole di specializzazione in odontoiatria e protesi dentaria, i cui corsi durano due anni. Non esistono corsi e diplomi di semplice perfezionamento in odontoiatria.

G. COEN-CAGLI.

VARIA.

Un esperimento audace.

« La Semaña Medica » riferisce il seguente esperimento che, tra la stupefazione generale, il sorriso incredulo di alcuni e l'orrore di molti, venne comunicato dal dott. Sergio Voronoff al XII Congresso internazionale di fisiologia (adunatosi a Stocolma dal 3 al 6 agosto).

A una femmina di cimpanzè (chiamata Nora) ben regolata, venne estirpata l'ovaia sinistra il 28 aprile 1924; la mestruazione continuò normalmente; il 2 luglio 1924 le si innestò, nell'utero, un frammento di ovaio di donna; la mestruazione continuò ad essere normale; il 10 giugno 1925 si estirpò l'ovaio destro, per modo che l'animale non aveva più che il frammento di ovaia di donna; la mestruazione continuò ancora, fino a che nella matrice della cimpanzè non furono iniettati degli spermatozoi umani; le mestruazioni si sono arrestate e la cimpanzè è divenuta gravida, per modo che, dice Voronoff, questa deve ospitare un essere umano. Non sappiamo l'esito ulteriore dell'esperimento; ma sarà interessante di conoscere la costituzione fisica e — se esso fosse vitale — quella psichica del mostricciattoto umano che dovrebbe venir fuori dalla madre antropoide.

V.

La forma futura dell'uomo.

Negli ultimi cinquanta secoli la forma dell'uomo non è sensibilmente cambiata, nonostante le modificazioni di vita e di vitto. Così, ad es., il mignolo del piede si andava atrofizzando da molto tempo, prima ancora che fossero inventate le scarpe.

Le modificazioni di data relativamente recente riguardano la mescolanza delle razze, onde qualche razza primitiva va scomparendo, come si vede nelle isole Hawai.

L'idea che l'uomo futuro avrà una testa mostruosa e un picciolo corpo è infondata. Attualmente si dà un grande sviluppo agli esercizi fisici, e si proteggono i deboli e gli inetti: ciò sembra un peso morto per lo sviluppo della civiltà, ma in effetto alcuni veri genii erano individui fisicamente deboli, che abbandonati a se stessi non avrebbero sopravvissuto, e i loro precedenti ereditari non avrebbero fatto sospettare la potenza della loro mente.

(*Journ. A. M. A.*, 13 giugno 1925).

DORIA.

Sodokosu e non sodoku.

A. da Matha (*Brazil Medico*, 23 ott. 1926), nel riferire due casi di febbre da morso di ratto, prende in esame la designazione della malattia, egli trova che il termine sodoku è scorretto, perchè letteralmente in giapponese significa « morso velenoso di un ratto »; per denotare la malattia che ne deriva, bisognerebbe valersi del termine « sodokosi », paragonabile a babesiosi, a rickettsiasi, a tripanosomiasi, ecc.; altra designazione esatta sarebbe: « spirochetosi da morso di ratto ».

Per unificare la terminologia anatomica.

Il prof. A. de Castro, già decano della Facoltà Medica di Rio de Janeiro, ha portato innanzi al « Sottocomitato per la bibliografia » del « Comitato per la Cooperazione intellettuale » della Lega delle Nazioni, la proposta di « standardizzare » o campionare la terminologia anatomica e nosologica. Il Sottocomitato suddetto ha deciso di sottoporre la proposta al « Comitato d'Igiene », il quale, per quanto concerne la parte anatomica, ha stimato impossibile di stabilire una nomenclatura che possa essere accettata da tutte le Nazioni; ma ha rilevato che già esiste una nomenclatura, nota come « Nomina anatomica », adottata dal Congresso internazionale di Anatomia adunatosi a Basilea nel 1895 e che viene seguita in vari Paesi, come la Germania. Siccome questa nomenclatura costituisce già un passo notevole verso la standardizzazione, il Sottocomitato bibliografico raccomanda agli studiosi dei Paesi ove non si è soliti di usare i « Nomina anatomica », come la Francia e l'Italia, di far seguire questa terminologia, tra parentisi, ai termini nazionali.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VI. — Sospensione provvisoria.

La sospensione provvisoria di un impiegato, in pendenza di un'inchiesta, è provvedimento interinale di carattere prudenziale che, mirando a garantire libertà di indagine e piena serenità di ambiente, non è provvedimento nè illegittimo *nè definitivo*.

Quando, però, per inerzia o malvolere dell'amministrazione, la sospensione non sia seguita da alcun provvedimento definitivo, quando essa sia ingiustamente protratta oltre un termine ragionevole, diviene, in fatto, definitiva ed assume natura di gravissima quanto larvata punizione, che è tanto più illegittima in quanto non è pronunciata nè integrata successivamente dall'organo competente, ed è inflitta senza l'osservanza delle dovute norme quando non sia anche eccedente nella durata il termine prefisso dagli stessi regolamenti, generali e locali.

Il principio che la cessazione del rapporto d'impiego, come tronca ogni procedimento disciplinare in corso così preclude all'impiegato ogni diritto ad ottenere la revoca di una sospensione provvisoria, formulato in termini così categorici ed assoluti, rappresenta l'*id quod plerumque accidit*, in quanto nella più parte dei casi, cessato il rapporto d'impiego, viene a mancare per l'impiegato, cui si sia corrisposto lo stipendio (anche nel tempo della sospensione) ogni ragione di utilità o convenienza pratica di ottenere la dichiarazione di illegittimità di una sospensione provvisoria o di vedere definito un procedimento disciplinare, in corso. Ma vi possono ben essere dei casi, nei quali non possa dirsi lo stesso per altri apprezzabili riflessi o ripercussioni che il provvedimento può avere.

Vale anche qui, come in ogni altro campo, la norma che ciò che giustifica l'azione è pur sempre un interesse legittimo, il quale, se d'ordinario consiste nella reintegrazione nell'ufficio e nel ricupero degli stipendi non pagati o nell'una o nell'altra cosa insieme, può ben essere diverso o di altra natura, importando solo che si tratti di un interesse legittimo ovverosia personale diretto e concreto che tenda a evitare un danno, morale e materiale, purchè concretamente valutabile.

Deve riconoscersi tale interesse in chi ricorra contro il comportamento dell'amministrazione (Comune) che, protraendo *sine die* la sospensione dall'ufficio di assistente di un ospedale (municipale) abbia tolto ai ricorrenti ben 14 mesi su tre anni di servizio consentito dall'atto di nomina conseguita in seguito a pubblico concorso, mentre appare degno di essere difeso e protetto l'interesse dei ricorrenti a sentire revocata la sospensione per avere modo di essere riammessi a completare il triennio di tirocinio nello speciale ospedale (per le malattie infettive) e di precostituirsi un titolo di preferenza valevole per la futura carriera professionale presso gli uffici sanitari comunali a termini del regolamento stesso dell'Ospedale.

In tesi generale un'inchiesta non è parte del procedimento disciplinare, poichè questo, di regola, s'inizia con la comunicazione degli addebiti, mentre l'inchiesta è un atto interno dell'amministrazione la quale può sempre, quando crede, disporla senza essere tenuta a far seguire il giudizio disciplinare. Ma ciò può dirsi solo quando l'inchiesta si svolga senza menomare o comunque toccare la posizione dell'impiegato. Se invece l'amministrazione, nel disporre l'inchiesta, non solo comunica ufficialmente all'impiegato che essa è fatta per accertare la sussistenza o meno di manchevolezze di servizio, ma in conseguenza di essa sospende l'impiegato dall'ufficio e dallo stipendio e protrae questa sospensione per oltre un anno, non può essa valersi del comodo pretesto che, per scadenza del termine, avvenuta per sua inazione, è risolto il contratto d'impiego e che ciò renda oziosa ogni indagine sull'entità delle colpe.

In tal senso ha deciso la V Sezione con sentenza 4 agosto 1926, n. 309, ric. Molinari dott. Gennaro e Reale dott. Mario c. Comune di Napoli. Questa risoluzione applica correttamente un principio più generale, che si può formulare così: provvedimenti emanati in via di urgenza o cautelativi possono essere considerati o divenire inefficaci dopo un certo tempo, in quanto rivelano o acquistano diversa natura giuridica, malgrado il decorso del tempo e la mancanza di un nuovo provvedimento, almeno negativo.

VII. — Indennità per dispensa dal servizio.

La indennità prevista dal capov. dell'art. 3 del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, sostituisce ed assorbe le indennità che, per lo stesso titolo, siano

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

attribuite dai regolamenti locali dell'ente agli impiegati dispensati dal servizio per effetto di riforme organiche? La IV Sezione del Consiglio di Stato ha risoluto il quesito in senso affermativo. La giurisprudenza è ormai costante, ed è stata confermata con decisione 21 agosto 1926, n. 446. Per evitare però che questo criterio sia esteso a casi che possano presentare elementi di analogia o di affinità, ma ne sono distinti, è opportuno precisare i limiti e i motivi della risoluzione del Consiglio di Stato.

L'art. 3 del citato decreto dispose così: « Gli impiegati, agenti e salariati dispensati dal servizio a termini dell'articolo precedente, saranno ammessi a liquidare la pensione o indennità loro spettante, a termini di legge o di regolamenti organici, fermo il disposto della lett. *B* dell'art. 1. Sarà *inoltre* corrisposta a loro, a carico dell'ente, una indennità la cui misura sarà fissata dalle rispettive amministrazioni, ma che non potrà in nessun caso essere superiore a sei nè inferiore a due mensilità dell'ultimo stipendio ». Si è detto: la indennità speciale, attribuita dall'art. 3, spetta indipendentemente ed oltre le indennità che sono eventualmente dovute agli impiegati a norma dei regolamenti organici. Ma il Consiglio di Stato ha ritenuto che la indennità fatta salva dall'art. 3 non è « quella di buonuscita », ma « è la indennità liquidabile in corrispondenza dei rilasci fatti dagli impiegati e salariati per la pensione e che si attribuisce in luogo della pensione, a chi non ha il numero di anni di servizio necessari per ottenere detto assegno vitalizio ». L'art 3, dunque, secondo il criterio del Consiglio di Stato, attribuisce una indennità per dispensa dal servizio (buonuscita) e sostituisce e assorbe qualsiasi altra indennità che possa spettare in forza del regolamento organico, *per lo stesso titolo*, eccettuata soltanto la indennità che compete all'impiegato invece della pensione. Il criterio generale stabilito dal Consiglio di Stato si può riassumere così: non è ammissibile, salve esplicite speciali disposizioni, che per uno stesso titolo (licenziamento per soppressione o riduzione di posti), siano attribuite due indennità di buonuscita, l'una concessa dall'art. 3 del citato decreto e l'altra risultante dal regolamento organico. Il Consiglio di Stato ha ritenuto inoltre che, concorrendo due indennità, sia dovuta soltanto quella stabilita dall'art. 3, anche se la indennità prevista dal regolamento comunale sia maggiore, perchè la legge prescrive che la indennità non può in nessun caso essere superiore a sei mensilità.

VIII. — Documentazione del diritto di preferenza assoluta nei concorsi. Ipotesi di più invalidi dichiarati idonei.

Già spiegammo che il diritto di preferenza, attribuito dalla legge 21 agosto 1921, n. 1312, ai mutilati ed agli invalidi di guerra, non riguarda l'ordine della graduatoria ma la nomina. Da questa premessa, la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 4 agosto 1926, n. 310, ha derivato la conseguenza logica e pratica che non occorre documentare innanzi alle Commissioni esaminatrici dei titoli la qualità di invalido ed è, quindi, sufficiente che la qualità stessa sia provata all'autorità deliberante, che sola può valutarla, nel momento in cui la valutazione avviene, cioè prima che l'amministrazione proceda *alla nomina*.

I criteri di massima, che già esponemmo con precedente nota, circa le preferenze a favore dei mutilati e degli invalidi di guerra sono stati pienamente confermati con decisione 29 dicembre 1926 la quale, accogliendo il ricorso del dottor Circo Sebastiano, invalido dichiarato idoneo, ha annullato la deliberazione del Comune di Carlentini che aveva nominato altro concorrente.

Quel caso è interessante perchè si presentava in condizioni valutabili la tesi della *singolarità* della condotta, equiparabile al posto unico. Il Comune di Carlentini ha due condotte medico-chirurgiche: l'una per il capoluogo, l'altra per la lontana frazione Pedagaggi. Quest'ultima è regolata da un capitolato speciale. Ma il Consiglio di Stato ha dichiarato che nè la particolarità della circoscrizione limitata ad una frazione lontana nè la disciplina giuridica risultante da un capitolato speciale nè, infine, l'incarico della vigilanza igienica e della tenuta dell'armadio farmaceutico, costituiscono elementi idonei a far ritenere che si tratti di una condotta singolare la quale possa essere considerata analoga a quella unica.

Si era detto arbitrariamente, in quel caso, che la nomina del concorrente invalido avrebbe determinato risentimenti locali; ma il Consiglio di Stato ha riaffermato che il diritto di preferenza è inefficace soltanto nel caso in cui vere e proprie ragioni di indegnità morale o di incompatibilità di fatto siano di ostacolo alla nomina.

Si è presentato anche il caso di più invalidi concorrenti allo stesso posto, dichiarati tutti idonei. Verificandosi questa ipotesi come deve regolarsi il Comune? La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 4 agosto 1926, n. 310, ha risoluto il quesito dichiarando che il Comune ha facoltà di scelta libera fra i soli invalidi dichiarati idonei.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Modifiche all'Ordinamento dell'Istruzione superiore.

Riportiamo i principali articoli del R. Decreto-Legge 13 gen. 1927, n. 38 (Gazz. Uff. 25 gen. 1927 n. 19) che stabilisce le nuove disposizioni integrative e modificative di quelle vigenti sull'ordinamento dell'Istruzione Superiore:

Art. 1. — Coloro che, ad insindacabile giudizio dell'Amministrazione, non possiedono il requisito della regolare condotta morale e politica, non possono essere ammessi a concorso per cattedre di istruzione superiore nè, quando vi siano stati ammessi, possono ottenere la nomina a dette cattedre. Il presente articolo ha effetto dal 1926-27.

Art. 2. — L'art. 2 del R. D. 4 dicembre 1925, n. 1601, modificato dall'art. 6 del R. D. 22 novembre 1925, n. 2028 e dall'art. 4 del R. D. 4 febbraio 1925, n. 710, è sostituito dal seguente:

La commissione giudicatrice è composta di cinque membri. La facoltà o scuola o istituto superiore di magistero che ha richiesto il concorso, designa tre professori di ruolo o cultori della materia messa a concorso, estranei alla facoltà, alla scuola o all'istituto stesso, ed inoltre tre professori di ruolo possibilmente di materia affine scelti nel proprio seno. La facoltà o scuola o istituto superiore di magistero ai quali normalmente appartiene la cattedra messa a concorso (esclusa la facoltà, la scuola o l'istituto che ha chiesto il concorso) designano collegialmente professori di ruolo della materia non appartenenti alla facoltà o alla scuola o all'istituto di cui trattasi di provvedere o cultori della materia che non siano professori di ruolo in istituti di istruzione superiore.

Qualora non vi sia assolutamente alcun professore di ruolo o alcun cultore della materia, possono essere designati professori di ruolo o cultori di materie affini. Il Consiglio Superiore della P. I. designa tre professori di ruolo o cultori della materia messa a concorso estranei alla facoltà o alla scuola o all'istituto cui debbasi provvedere. Il Ministro nomina la commissione scegliendo un commissario in ciascuno dei due gruppi designati dalla facoltà, scuola o istituto che ha richiesto il concorso; un commissario nel gruppo designato collegialmente dalle facoltà, scuole o istituti superiori di magistero ai quali normalmente appartiene la cattedra messa a concorso; ed infine un commissario nel gruppo designato dal Consiglio Superiore. I professori di ruolo che intendono prender parte ad un concorso, non possono partecipare alle designazioni di cui al presente articolo. I professori o i cultori che fanno parte del Consiglio Superiore della P. I. non possono essere compresi nelle designazioni stesse.

Art. 4. — La formula del giuramento pei professori che siano nominati o trasferiti in R. Università, R. Istituti Superiori di Magistero, è la seguente: « Giuro di essere fedele al Re ed ai suoi Reali successori, di osservare lealmente lo Statuto e le altre leggi dello Stato, di esercitare l'ufficio di insegnante e di adempiere tutti i doveri accademici col proposito di formare cittadini operosi, probi e devoti alla Patria.

« Giuro che non appartengo nè apparterrò ad associazioni o partiti la cui attività non si concilii coi doveri del mio ufficio ».

Art. 5. — I professori delle RR. Università e RR. Istituti Superiori di istruzione, contemplati dai RR. DD. 13 marzo 1923 e 30 settembre 1923 ed il personale ad essi assimilato, sono dispensati dal servizio quando, per manifestazioni compiute in ufficio o fuori di ufficio, non diano piena garanzia di un fedele adempimento dei propri doveri, ovvero si pongano in condizioni di incompatibilità con le generali direttive politiche del Governo. La dispensa è deliberata dal Consiglio dei Ministri.

Art. 6. — Le disposizioni del comma 1° del precedente articolo sono estese al personale non statale che presta servizio presso le RR. Università e i RR. Istituti Superiori di istruzione. La dispensa è pronunciata dal Prefetto e contro il relativo provvedimento è ammesso soltanto ricorso al Ministero della P. I., che decide con provvedimento definitivo.

Art 10. — L'articolo 112 del R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, è sostituito dal seguente:

Le Università ed Istituti liberi o alcune loro facoltà o scuole possono essere soppresse con decreto reale, quando sia stata accertata l'insufficienza dei mezzi finanziari o del materiale didattico di cui dispongono, ovvero per ragioni inerenti all'interesse generale degli studi o alla distribuzione territoriale degli Istituti Superiori di istruzione.

Le Università ed Istituti predetti possono inoltre essere soppressi quando l'insegnamento in essi impartito non sia sostanzialmente informato al rispetto delle istituzioni e dei principii che governano l'ordine sociale dello Stato. Con lo stesso decreto reale relativo alla soppressione, saranno stabilite le disposizioni che si renderanno necessarie nei riguardi del personale di ruolo e degli studenti. Le eventuali disposizioni nei riguardi del personale di ruolo saranno promosse previo concerto col Ministro delle Finanze.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

La quota d'iscrizione per l'anno 1927 fissata in L. 20 potrà essere versata direttamente alla sede dell'Ordine stesso dalle 10 alle 12 e dalle 18 alle 21 di tutti i giorni feriali o inviata a mezzo di cartolina vaglia o versata nel conto corrente postale N. 1/2609. La quota stessa dovrà essere pagata non più tardi del 15 marzo prossimo.

L'Ordine ha trasferita la sua sede da Piazza Foro Traiano, n. 1 a Via dei Lucchesi, n. 31 p.1°.

Si rammenta che la convocazione dell'adunanza generale dell'Ordine di cui all'art. 22 del regola mento 12 agosto n. 1022, è rinviata fino a nuova disposizione. È rinviata anche l'elezione del Con siglio Amministrativo per il triennio 1927-29.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Posto di direttore del Laboratorio di clinica e microscopia clinica e del Gabinetto di anatomia patologica. Stip. annuo lordo L. 8800 con aumento temporaneo 10 %, inden. c.-v. e percentuale sugli esami di laboratorio. Scad. 28 feb. Rivolgersi alla locale Dir. sanitaria.

CALDAROLA (*Macerata*). — Al 25 feb.; 2ª cond.; ab. 2000; iscritti 200 c., L. 8000 e 3 quadr. dec., oltre c.-v.; servizio nell'Ospedale. Età 24-40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 25 gen.

CHIOGGIA (*Venezia*). *Congregazione di Carità.* — Primario medico dell'Ospitale Civile; proroga al 2 marzo.

COPPARO (*Ferrara*). — Scad. 28 feb. Due cond.; L. 10,000 e L. 9500 con 5 quadr. dec., oltre indenn. trasp. e quota complementare di L. 3000 rivedibile; L. 3 ogni pov. eccedente i 1000; età limite 35 a.; tassa L. 50.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Concorso interno uff. san. consorziale per quarantanove consorzi con norme art. 13 R. D. 29 nov. 1925 n. 2266. Scadenza 10 marzo.

DERNA (*Cirenaica*). — Il concorso a direttore dell'Ospedale è prorogato al 20 febbraio. È richiesta la specializzazione chirurgica. Vedi fasc. 4.

FAENZA. *Congregazione di Carità.* — A tutto febbraio chirurgo primario presso l'Ospedale Civile; L. 10,000, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di segreteria.

FERNO (*Milano*). — Consor. con Vizzola Ticino; stip. L. 12.600 complessive; tassa L. 50.15. Scad. 28 febb.

FIRENZE. — Scad. 26 feb.; condotta pel distretto n. 18; L. 8500, c.-v., L. 1400 indenn. supplem., L. 750 rimborso vettura; L. 2 ogni pov. oltre i 2000; tassa L. 50.

MANCIANO (*Grosseto*). — A tutto 25 feb., capoluogo; L. 10,000, oltre L. 1500 assegno rivedibile e 10 trienni ventes.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.15. Titolo di preferenza: assistentato in reparto di chirurgia per non meno di 18 mesi. Serv. entro 20 gg. Ab. 4000 di cui 2600 riuniti.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico assistente interno residente nell'Ospedale Sanatorio V. E. III per tubercolotici, in Garbagnate; L. 4500 annue, oltre L. 1000 indenn. resid., alloggio, vitto, riscald., illuminaz.; obbligo residenza, pernottam. e serv. di guardia; scad. ore 16 del 2 mar.; tassa L. 50; età lim. 35 a. Chiedere annunzio. Rivolgersi Ufficio Protocollo (via Ospedale 5).

RAVENNA. *Ospedale Civile.* — Al 15 mar., primario radiologo, direttore del Gabinetto di radiologia; L. 12,000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; cointeressenza. Domande alla Segreteria. Tassa L. 50.10, all'Esattore comunale. Età mass. 35 a. Triennio di servizio radiolog. con funzioni direttive in Clinica o grande Ospedale. Assunz. serv. entro un mese. Chiedere annunzio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 28 assistenti medico-chirurghi, da assumersi in servizio secondo il bisogno. Esami. Stip. L. 4500 annue. Scad. ore 17 del 21 marzo. Domande alla Segret. Gen. dell'Istituto. Età lim. 30 a. al 31 gen. Docum. non anter. al 31 gen. Iscrizione all'Ordine dei Medici. Tassa di L. 50, da versare al Tesoriere, non reperibile; ai nominati sarà ritenuta, sul primo stipendio, la somma di L. 50. Dichiarazione di elezione di domicilio in Roma, di avere conoscenza dei regolam. e di uniformarsi ad essi nonchè a tutte le altre disposizioni che venissero in seguito emanate. Chiedere annunzio.

SERRUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 25 feb.; ab. 3008; pov. 300; L. 9000 e addizion. L. 2 e L. 3; 10 bienni ventes.; c.-v. in L. 100 pei coniugati, L. 65 pei celibi; L. 3000 cav.; tassa L. 50.10.

SONDRIO. — Scad. 20 feb.; direttore Dispensario antitubercolare; L. 14,000 e 5 quadrienni dec.; indennità di trasf.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Mazara del Vallo; L. 9000 e accessori. Scad. 28 feb. Docum. all'Ufficio sanit. prov.

VALENZANO (*Bari*). — Scad. 10 mar.; L. 10,000 annue e 5 quadrienni di L. 500 ciascuno, senz'altro assegno. Chiedere avviso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In esito al concorso per la cattedra di patologia speciale chirurgica presso la R. Università di Cagliari sono risultati i proff.: 1) Gino Baggio; 2) Giovanni Morrone; 3) Luigi Torraca. Il prof. Baggio è stato nominato.

All'esimio studioso, che ci onora della sua collaborazione, i nostri cordiali rallegramenti.

Con decreto reale il Collegio medico legale è stato così costituito: ten. gen. Gualdi, presidente; magg. gen. Ciaccio, aiuto e sostituto del presidente; col. med. della marina Sestini; colonnelli medici dell'esercito De Sarlo e Passera; magg. med. Manconi, membri; magg. med. Lo Presti, segretario.

Il dott. Luigi Gobbi di Modena, sostenendo brillantemente la prova didattica e clinica, ha recentemente conseguita la libera docenza in patologia speciale chirurgica. La Commissione esaminatrice, elogiando vivamente all'unanimità il candidato, ha giudicato essere il neo libero docente in possesso dei più lodevoli requisiti.

La Società Oto-rino-laringoiatrica di Vienna, così fiorente sotto la presidenza dell'illustre prof. Neumann, ha voluto onorare la scienza medica del nostro paese nominando propri soci onorari i professori ordinari dell'Università di Roma Giovanni Mingazzini e Gherardo Ferreri e soci corrispondenti i liberi docenti proff. Camillo Arturo Torrigiani e Giorgio Ferreri.

Il prof. William H. Howell, di fisiologia, è succeduto al prof. William H. Welch nella direzione della Scuola d'Igiene e Sanità Pubblica dell'Università Johns Hopkins di Baltimora.

NOTIZIE DIVERSE.

VI Congresso internazionale di storia della medicina.

Come abbiamo già annunziato, si adunerà a Leida e Amsterdam dal 18 al 23 luglio. Le sedute si terranno nelle sale universitarie delle due città. Ad Amsterdam si organizza anche, nei locali del Museo comunale, un'esposizione di quadri e libri antichi riferentisi all'anatomia e alla medicina.

Si prega d'inviare i titoli delle comunicazioni non oltre il 1° aprile al segretario generale: Dr. J. E. Kroon, Stationsweg 25, Leida (Olanda).

Le quote sono fissate come segue: per i membri della Società internazionale di storia della medicina, 10 fiorini (olandesi); per i congressisti non aderenti alla Società suddetta, 25.50 fiorini; per i congiunti dei congressisti e per gli studenti, 5 fiorini. Inviare le quote mediante mandato postale o chèque bancario, facendo menzione della « Nederlandsche Handel Maatschappij », Amsterdam, all'indirizzo del tesoriere: Dr. F. W. T. Hunger, van Eeghenstraat 52, Amsterdam (Olanda).

XII Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia.

Si terrà a Lione dall'8 all'11 ottobre, sotto la presidenza del prof. Pic. Segretario generale ne è il prof. Pierry, *agrégé* alla Facoltà Medica di Lione, presso il quale si ricevono le iscrizioni.

Congresso dell'artritismo.

Sotto la presidenza del prof. Paul Carnot, della Facoltà Medica di Parigi, il 5 e il 6 giugno si adunerà a Vittel (Francia) un Congresso sull'artritismo, organizzato sotto gli auspici della « Société d'Hydrologie et de Climatologie » di Nancy e della « Société de Médecine » di Vittel.

Corsi complementari d'igiene.

Saranno tenuti presso gli Istituti d'Igiene di Bologna e di Milano, a partire rispettivamente dal 1° marzo e dal 25 aprile, per la durata di due tivamente, di L. 300 etaoi nshrdluTNUD—F«mm mesi, per aspiranti ufficiali sanitari. Tasse di lire 425 e di L. 300 rispettivamente, all'Economato delle RR. Università; domande non oltre il 28 febbraio e il 24 aprile alla Segreteria.

Corsi di perfezionamento in dermatologia e venereologia.

Presso la Clinica di Dermatologia e Sifilografia dell'Ospedale St. Louis, della Facoltà Medica di Parigi, avranno luogo i seguenti corsi sotto la direzione del prof. Jeanselme: di dermatologia, dal 25 aprile al 21 maggio; di venereologia, dal 23 maggio al 17 giugno; di terapia dermatovenereologica, dal 20 giugno al 12 luglio; di tecnica di laboratorio, nello stesso periodo. Diritti d'iscrizione per ogni corso fr. 250. Per le iscrizioni rivolgersi a: Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine. Per programmi e informazioni rivolgersi a: Dr. Burnier, Hôpital St. Louis (Pavillon Bazin).

Conferenze alla Scuola di Sanità Militare.

Anche nel corrente anno scolastico saranno tenute presso questa Scuola, ad iniziativa del colonnello medico direttore prof. G. Grixoni, una serie di conferenze scientifiche ai 500 allievi ufficiali medici ed alla intera classe medica fiorentina.

Hanno gentilmente accolto l'invito numerose illustrazioni della medicina italiana che svolgeranno i seguenti argomenti:

Prof. A. Angelucci: Adenoidismo e malattie oculari; prof. E. Bertarelli: Profilassi antiluetica; prof. E. Centanni: Applicazioni alla biologia della energia intraatomica; prof. C. Coronedi: I fondamenti scientifici della terapia chimica; prof. D. De Blasi: Erbaggi, acqua e tifo; prof. M. Donati: Chirurgia delle algie viscerali; prof. A. Ferrata: Le emopatie acute; Prof. U. Gabbi: Un capitolo della patologia umana della Tripolitania; prof. A. Gemelli: I moderni risultati della psicologia sperimentale nella loro applicazione alla educazione del militare; prof. D. Giordano: Tubercolosi chirurgiche ed indicazioni curative desunte dalla varietàdi loro sede; prof. F. Leoncini: Problemi di medicina assicurativa; prof. E. Lugaro: Per la profilassi della endemia gozzo-cretinica; prof. E. Morselli: Le psicosi giovanili secondo gli ultimi concetti della psichiatria clinica; prof. G. B. Queirolo: L'angina pectoris.

Altre conferenze saranno pure tenute dai proff. V. Ascoli, P. Castellino, V. Putti, che avendo gentilmente accolto l'invito, si sono riservati di comunicare gli argomenti che svolgeranno.

Le conferenze, che verranno infine raccolte in volume, avranno indubbiamente un successo di uditori e lettori non inferiore a quello grandissimo ottenuto nell'anno decorso.

Conferenze d'igiene a Pesaro.

Un ciclo di conferenze d'igiene è stato tenuto nel salone del Municipio di Pesaro, per gl'insegnanti elementari, dal prof. Mario Ragazzi, ispettore scolastico del Municipio di Genova.

Al prof. Ragazzi fu offerto un bellissimo piatto di ceramica artistica, con una simpatica cerimonia illustrata da vibranti discorsi del direttore didattico e del podestà.

Per l'Università di Genova.

Ritenuta la necessità urgente di adottare provvidenze per l'assetto edilizio degli Istituti della R. Università di Genova, è stato autorizzato sui fondi degli Istituti di previdenza, un mutuo di L. 13,000,000 a favore del Comune di Genova, al quale è affidata l'esecuzione dei lavori per la costruzione e la sistemazione di detti Istituti universitari.

Istituto per la cura dell'adenoidismo in Roma.

Il 30 gennaio venne inaugurato in appositi locali presso l'Ufficio d'Igiene al viale Manzoni n. 6 in Roma, il nuovo Istituto Governatoriale per la cura dell'Adenoidismo. Esso consta di una sala da operazione, una sala di degenza per gli operati e di locali per l'integrazione dell'atto operativo con inalazioni collettive ed individuali. In un'ampia sala potranno trovare posto 50 bambini, per inalare le nebbie secche delle acque salso-bromo-iodiche di Salsomaggiore, oppure nebbie di soluzioni calciche a seconda che abbiano bisogno di una cura eccitativa del ricambio o di una cura remineralizzante. L'esecuzione di una metodica ginnastica medica rende ampi e profondi i movimenti respiratori durante la seduta inalatoria. Una batteria di 12 inalatori individuali impiantati in altro locale consente di effettuare, caso per caso, inalazioni di speciali sostanze medicamentose riconosciute adatte. I locali tutti sono arredati con la maggiore proprietà e con il rispetto delle più razionali esigenze igieniche.

Con questo Istituto, unico sinora al mondo, come concezione e come attuazione pratica, il Governatorato dà un esempio di quanto si debba fare per migliorare lo sviluppo fisico e intellettuale del fanciullo: ciò che vuol dire le qualità di forza, di energia, di intelligenza delle nuove generazioni.

Uno stuolo di autorità, di sanitari e d'invitati, ricevuti dal dott. Pecori, direttore dell'Ufficio d'Igiene, e dal prof. Mancioli, direttore del nuovo Istituto, presenziarono l'inaugurazione. Il Mancioli, dopo aver spiegato le finalità, l'organizzazione, e il funzionamento dell'Istituto e il suo collegamento con le Scuole del Governatorato, illustrò un film scientifico sulla cura dell'adenoidismo. Quindi il barone Mazzolani, segretario generale al Governatorato, pronunciò brevi parole di compiacimento, anche in nome del Governatore.

Beneficenza.

La marchesa Laura Bevilacqua Ariosti, vedova del marchese Annibale Rodriguez de Buoi, morta in età di 90 anni a Bologna, ha lasciato il suo vistosissimo patrimonio, tolti alcuni legati, per la fondazione e il funzionamento di un convalescenziario, che dovrà sorgere nella sua villa di S. Lazzaro di Savena per povere dimesse dagli ospedali e che abbiano bisogno di cura ricostituente e di riposo.

Ad onorare la memoria dell'industriale marchese Giuseppe Roi, la famiglia ha elargito un milione, in consolidato, agli Istituti di beneficenza di Vicenza.

Il sig. Salvatore Sommaruga ha offerto 1,200,000 lire all'Ospedale di S. Martino di Genova, perchè si inizi l'impianto di un padiglione di terapia fisica.

Il centenario di Lister.

Si è costituito a Edimburgo un Comitato per celebrare il centenario della nascita di Lister, che cade nel 1927. La cerimonia si svolgerà in coincidenza del congresso dell'Associazione Medica Britannica, la quale quest'anno si adunerà a Edimburgo. Saranno tenute conferenze da sir William Watson Cheyne, che fu assistente di Lister; dal prof. Tuffier di Parigi; dal dott. Harvey Cushing di Boston (Stati Uniti); dal prof. Caird di Edimburgo; dal sig. Hamilton Russell di Melbourne (Australia. Verrà anche formato un museo dei cimeli listeriani. Viene preparato un libro contenente la biografia e le opere di Lister. È stato bandito un concorso di 25 sterline e medaglia d'oro per un saggio su: « L'influenza di Lister nell'evoluzione della chirurgia ».

Ospedali militari soppressi in Francia.

Il Ministero della guerra della Repubblica Francese ha deciso di sopprimere, per ragioni di economia, gli ospedali militari di Calais, Cambrai, Toul, Thionville, Sarrebourg, Morhange, Colmar, Mulhouse, Chambéry, Bastia, l'Ospedale Bequet di Bordeaux, l'Ospedale Vilemanzy di Lione e il convalescenziario di Sées (Orne).

Le psico-neuropatie in Prussia.

Il numero dei soggetti curati in Istituti per malati mentali, epilettici e neuropatici della Prussia, è stato nel 1924 di 125,664, contro 114,966 nel 1923 e 118,508 nel 1922; queste cifre restano inferiori a quelle che si erano avute durante il periodo prebellico: nel 1913 si era raggiunto il numero di 152,315.

L'Accademia Medica di New York.

La nuova sede venne fromalmente inaugurata il 18 nov. scorso. L'Accademia occupa ora un edifizio di sei piani, in stile romanico, tra la Sixtieth Street e la Park Avenue; vi sono anche allogate varie Società e alcuni periodici di medicina. Alle spese hanno concorso gli accademici con 206,161 dollari; i loro amici con 324,922 dol.; la Carnegie Corporation con 1,550,000 dol.; la Rockefeller Foundation si è impegnata a passare 62,500 dol. annualmente.

È questa la quinta sede dell'Accademia, e la terza sede propria: ciò basta a provare di quanto si sia sviluppata dal suo inizio, che risale al 12 dicembre 1846.

Ingrandimento dell'Università di Filadelfia.

L'Amministrazione della « Temple University » di Filadelfia ha deciso di intraprendere una campagna per la raccolta di fondi destinati a ingrandire l'Università. Essa chiede la somma di 20 milioni di dollari, pari a circa mezzo miliardo di lire italiane, da raccogliersi per pubblica sottoscrizione. Il fondo verrà amministrato dalla « Russell H. Conwell Foundation » e sarà destinato in prevalenza alla Scuola Medica, la quale ha già acquistato un terreno tra le vie Broad e Ontario.

Scuola Medica post-Universitaria di Filadelfia.

Un nuovo grandioso ospedale verrà costituito a Filadelfia per la Scuola post-universitaria della Università di Pennsilvania; potrà accogliere 450 pazienti; sarà alto 9 piani. Sorgerà tra le Lombard e Naudain streets. Esso fa parte del programma d'espansione dell'Università.

Alla Scuola Medica Harvard.

Si sono dimessi dalla Scuola Medica Harvard di Boston i professori: Paul Thorndike, di clinica urologica; C. Morton Smith, di sifilologia, che è stato sostituito da Henry D. Lloyd; Edward W. Taylor, di neurologia, che è stato sostituito da James B. Ayer; Edward A. Boyden, di anatomia comparata, chiamato all'Università di Illinois.

Per la « conquista » del cancro.

Il sig. William L. Saunders di New York ha offerto cento mila dollari, pari ad oltre 2 milioni di lire, alla « American Society for the Control of Cancer » per promuovere la scoperta della causa, della profilassi e della cura del cancro.

D'intesa con l'« American Medical Association » e con l'« American College of Surgeons », metà della somma verrà assegnata alla persona o gruppo di persone che scopriranno l'agente causale o la profilassi; l'altra metà verrà assegnata con riferimento alla cura; l'intera somma potrà anche essere data alla stessa persona o gruppo di persone.

Per gli studi medici in Germania.

La « Deutsche Medizinische Wochenschrift » ha bandito un concorso a premi sul tema: « Il migliore corso di studi medici, più specialmente dal punto di vista della formazione del medico pratico »; un primo premio è di 1000 marchi, un secondo di 300, un terzo di 200, un quarto e un quinto consistono in libri della Casa Thieme per l'importo di 150 e di 100 marchi. Il concorso si chiude il 1° aprile prossimo.

La Regina del Belgio per la scienza medica.

La Regina del Belgio ha donato 10 milioni di franchi alla Fondazione Regina Elisabetta, che avrà sede all'Ospedale Brugmann a Bruxelles. Questa Fondazione intende concorrere allo sviluppo della scienza medica nel Belgio creando Laboratorî Sperimentali, dove i medici possano procedere a ricerche scientifiche. La cospicua somma donata dalla Regina Elisabetta rappresenta il residuo del suo « tesoro di guerra » e l'importo di doni offertile.

Il Governo giapponese per le ricerche scientifiche.

Il Ministero dell'Istruzione Pubblica del Giappone annunzia di aver stanziato, sul bilancio in corso, la somma di 65,000 yen, pari incirca a 650,000 lire it., per promuovere le ricerche mediche mediante sovvenzioni agli studiosi. Questa somma verrà ripartita tra 170 studiosi, di cui 77 si occupano di argomenti medici od affini; tra gli Iatri: A. Imamura, « Efficacia del vaccino tubercolare »; T. Nagawama, « Studi sulle vitamine »; S. Hosoya, « Rapporti tra microrganismi e vitamine »; K. Aoki, « Identità immunologica dei batteri ».

Nella stampa sanitaria.

Ha iniziato le sue pubblicazioni l'« Archivio fascista di Medicina politica » peridioco bimestrale, diretto dai proff. U. Gabbi (Parma), sen. E. Maragliano (Genova) e R. Pellegrini (Padova); ne è redattore-capo il dott. Domenico Campanacci.

Al nuovo giornale gli augurî più vivi.

*
* *

L'« Index Medicus », pubblicato dal 1879 sotto varî auspici, e il « Quarterly Cumulative Index », pubblicato dal 1916 a cura dell'Associazione Medica Americana, si sono fusi nel « Quarterly Cumulative Index Medicus », che verrà edito dalla Associazione Medica Americana e recherà, per quanto è possibile, le indicazioni bibliografiche dei lavori di medicina ed affini, pubblicati in tutti i Paesi; il primo numero è annunziato per il prossimo aprile.

Profilassi del gozzo endemico.

Per una relazione su questo tema da presentarsi al Congresso Internazionale che si terrà la estate prossima a Berna, interesserebbe al dott. Giuseppe Muggia, direttore del Manicomio Prov. di Sondrio, di raccogliere tutti i dati relativi ad esperimenti regolarmente controllati, comunque estesi ed organizzati, che sulla profilassi e la cura del gozzo siano stati fatti in Italia.

Egli sarà grato ai Colleghi che vorranno cortesemente coadiuvarlo nella raccolta di questi elementi.

Il 14 gennaio u. s. è morto in Copenaghen, ancor vegeto, — aveva 64 anni — NIELS THORKILD ROVSING, già professore di chirurgia in quell'Università.

Il suo nome è ben noto nel mondo degli scienziati, ed anche in Italia, specialmente per i suoi studi e le sue proposte nel campo della chirurgia addominale; il suo metodo personale per la gastropessia, il segno da lui illustrato nelle appendiciti, i contributi alla chirurgia renale e alle lesioni vescicali ed epididimarie specifiche sono pure assai conosciuti e diffusi. Fu nostro ospite nel 1924 per il Congresso Internazionale di Urologia e molti ricordano la sua simpatica figura di aspetto ancor giovanile e robusto, che non lasciava prevedere una così immatura fine.

R. A.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gazz. Osp. e Clin., 20 giu. — CERNEZZI. Indicazioni operatorie nella calcolosi biliare. — GALLI. Il trauma fisico e psichico nella genesi delle lesioni cardiache.

Studium, 20 giu. — CARDARELLI. Fegato sifilitico e cirrosi biliare. — CASTALDI. Gli ormoni morfogenetici. — BIFULCO. Setticopiemia da enterococco.

Morgagni, 20 giu. — BUSSINELLO. Il singhiozzo incoercibile e la sua terapia.

Noticias Médicas, 1 apr. — PASCUAL. Le distruzioni renali silenziose.

La Medicina Ibera, 10 giu. — GOYARROLE. I raggi U. V. nell'eczema.

Revue de Médecine, 1926, n. 1. — EMILE-WEIL e ISCH-WALL. La patogenesi dell'emogenia. — PERRIN. Arteriosclerosi e viscosità sanguigna.

Bull. Soc. Méd. Hôpitaux, 11 giu. — BERNARD, HILLEMAND e LAFORTE. Il nanismo acromicrico. — BENOIT. Lesioni cardiache silenziose.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., giu. — L. B. ALFORD. Classificaz. delle psicosi.

Paris Méd., 26 giu. — SAINT-JACQUES. L'osservazione in medicina.

Bull. Méd., 23 giu. — LORTAT-JACOB. Le nevralgie della sifilide.

Riforma Med., 7 giu. — L. FONTANA. Caratteri differenziali degli istioidi del sangue. — 14 giu. A. MARTIRI. L'esame obbiettivo in clinica.

Journ. Méd. Franç., giu. — Numero sul metodo grafico in clinica.

Amer. Journ. Med. Sc., giu. — P. JANET. Psiconeurosi. — H. C. BECK e A. E. GOLDSTEIN. La diagnosi urologica in medicina interna. — B. L. CRAWFORD e A. CANTAROW. Il valore dell'esame rutinario del liq. cer.-spin.

Riv. Oto-Neuro-Oftalmol., gen.-feb. — F. GIANNOLI. Glioma mesencefalico pontino. — D. SABBADINI. Alterazioni del fondo oculare nella encefalite let.

Stomatol., giu. — G. FASOLI e G. MANICARDI. Ricerche sperimentali nella carie dentaria.

Journ. de Méd. de Paris, 21 giu. — Numero sulla crenoterapia.

Journ. Amer. Med. Assoc., 5 giu. — T. CHERRY. La diatermia nelle infezioni pelviche. — B. S. KAHN e al. L'assorbimento del calcio per via intestinale.

Presse Méd., 19 giu. — G. POIX. Vaccinaz. contro la tbc. con B. C. G.

Folia Clinica, ecc., 1. — L. ZOJÀ. Funzionalità epatica. — R. GUALTIER. Chimismo intestinale.

Rivista di Malariologia
Periodico bimestrale diretto dal prof. sen. **G. Sanarelli**, con la cooperazione d'insigni studiosi.
Redattore-capo: Dott. **L. Verney**.

SOMMARIO del n. 5-6 (1926):

Contributi originali: D. FALLERONI: Fauna anofelica italiana e suo «habitat» (paludi, risaie, canali). Metodi di lotta contro la malaria (1 tav.). — A. V. BARDUCCI: Lo sviluppo dei gameti di individui chininizzati nella zanzara trasmettitrice. — F. W. EDWARDS: Una revisione delle zanzare delle regioni paleartiche (8 fig.). — O. WESELKO: Sulla emoglobinuria da malaria nel distretto della stazione antimalarica di Scardona (Dalmazia) e sul suo trattamento con calcio e peptone (2 fig.). — F. FOÀ: Su di un caso di malaria in neonata di 27 giorni. — P. SEPULCRI: La scardola comune (varietà piccola) nella lotta antimalarica (5 fig.). — **Commenti**: G. FRANCHINI: L'«Anopheles elutus» nel Ferrarese. — A. MISSIROLI: Sulla biologia degli anofeli. — **Recensioni**. — **Rivista bibliografica**. — **Notizie**. — **Sommari**. — **Resoconti**.

L'abbonamento per il 1927 è di L. **40** in Italia, L. **75** all'Estero. Per gli abbonati al «Policlinico» L. **35** e L. **65** rispettivamente. Un numero separato L. **10** in Italia, L. **15** all'Estero.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI. Red. resp.

Sommari di Fascicoli dei periodici di nostra Edizione:

"IL POLICLINICO"

SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Il fascicolo 2 (1° febbraio 1927) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - R. REITANO: Contributo alla conoscenza delle alterazioni del sistema nervoso centrale nella malaria (con 1 tavola).

II. - T. LUCHERINI: Ulteriori osservazioni intorno all'influenza esercitata dalla malarizzazione artificiale sul quadro ematologico e clinico delle leucemie.

III. - A. MUCCI: Sulla attivazione e riattivazione della reazione di Wassermann mediante proteine.

RIVISTA SINTETICA:

A. TROSSARELLI: Contributo alla conoscenza della terapia malarica nella paralisi progressiva.

SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il fascicolo 2 (15 febbraio 1927) conterrà:

LAVORI ORIGINALI:

I. - L. DOMINICI: Un caso di splenomegalia malarica cronica con ittero guarito dopo la splenectomia.

II. - E. ETTORRE: Sui rapporti fra coxa valga e osteocondrite.

III. - L. GOBBI: Sarcoma rotondo-fuso cellulare del seno mascellare sinistro.

IV. - G. MILLUL: Contributo allo studio del reflusso vescico-renale.

V. - O. TENANI: Aneurisma dell'arteria epatica.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 6

I non abbonati alle suddette Sezioni potranno riceverli inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, *aggiungendo* per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il fascicolo 2 (Febbraio 1927) contiene:

Raccolta di fatti: G. KELEMEN: Ascesso freddo perilaringeo.
Esperimenti e saggi: S. GUSSIO: Trapianti condrocutanei sperimentali per la restaurazione del padiglione dell'orecchio.
Terapia: G. G. CARRARI: Sulla radium-terapia dell'ozena.
Fonetica biologica: C. MERLO: Su alcuni caratteri della lingua etrusca.
Sintesi critiche: Profilassi dei raffreddori febbrili.
Recensioni: Trapianto di cartilagine costale in lembo brachiale per rinoplastica alla italiana. — Recherches sur la fonction endocrine des amygdales palatines. — Di un errore diagnostico fra attacchi di paludismo e febbri piemiche da tromboflebite colesteatomatosa del seno laterale. — Su di una speciale sindrome in un caso di labbro leporino. — Trapianti di trachea nelle arterie. — Raccolta ematica retro-faringea da rottura spontanea di ematocele tiroideo. — Un caso di ranula sopraioidea congenita. — Paralisi dell'abducens da rachianestesia tropococainica. — Su un caso di epitelioma della mucosa della cassa timpanica. — Valore dei grafici nel determinare l'insufficienza nasale e l'avvenuta rieducazione respiratoria dell'adenoidismo. — Sul decorso post-operatorio delle cisti paradentali invadenti il seno mascellare. — Ricerche sperimentali sulla tiroide in relazione alla etiologia del gozzo-cretinismo. — Contributo allo studio dei tumori della ghiandola sottomascellare. — Le vertigini da menopausa. — Responsabilità penale in cocainista.
La nota storica: G. BILANCIONI: Una delle prime monografie sulla miringotomia.
Notizie e questioni.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate 1925 e 1926 del periodico stesso, per sole L. **45** se in Italia e per sole L. **70** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI
Redattore-capo: prof. **CESARE PEZZI**

Il fascicolo 1 (Gennaio 1927) contiene:

Lavori originali: I. - V. SCIMONE: Insufficienza della polmonare in corso di stenosi mitralica. — II. - A. ORSI: Su una forma complessa di bradicardia. — III. - A. ROSSI e V. CHINI: Appunti di elettrocardiologia: V. Sulle alterazioni dell'onda T nelle cardiosclerosi. — IV. - P. SARMIENTO: Le iniezioni intra-aortiche.
Rassegne, Riviste e Congressi: **Clinica**: Tachicardia ventricolare terminale. Complessi alternanti o multiformi. Suoi rapporti con una forma grave di extrasistolia ventricolare. — L'iperfunzione renale come fattore compensatore nelle cardiopatie. — Lo stato attuale della questione degli effetti di estratti di organo sulla pressione sanguigna. — Sulla cardiocentesi rianimante. — L'ipotensione arteriosa. — Osservazioni sul cuore nel mixedema. — Malattie cardio-vascolari. — Su alcuni punti nella prognosi della fibrillazione auricolare. — **Terapia**: Il trattamento delle aortiti sifilitiche.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**: Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico «Le Malattie del cuore», nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

A RICHIESTA SI INVIA NUMERO DI SAGGIO

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il fascicolo 2 (Febbraio 1927) contiene:

Lavori originali: P. SFAMENI: Sul meccanismo di migrazione dell'uovo e sulla etiologia della gravidanza tubarica con speciale riguardo alla origine della migrazione indiretta.
Fatti e documenti: R. BADER: La sinfisiectomia di Costa dilata permanentemente il bacino. L'esperienza di un medico condotto su questa operazione. — P. CASTAGNA: Idrocefalo con aplasia dei genitali interni ed esterni, reni cistici, assenza del tenue e comunicazione del colon nella vescica.
La rubrica degli errori: G. DE CANDIA: Milza migrante pelvica causa di errore diagnostico.
Riviste generali: P. CARLINI: Il varicocele pelvico.
Conversazioni: P. GAIFAMI: In tema di responsabilità medica nella putrefazione del liquido amniotico, nella infezione puerperale, nelle lacerazioni perineali.
Resoconti di Accademie: Società Pugliese di Ostetricia e Ginecologia.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Lo stetoscopio vaginale per la diagnosi precoce di gravidanza. — Valore della palpazione della spalla nella diagnosi di presentazione di vertice e sue varietà. — A proposito della trasformazione della presentazione di faccia in quella di vertice. — A proposito della rachianestesia in ostetricia. — Travaglio indolore con contrazioni uterine rafforzate. — La brevità del cordone ombelicale come causa di distocia. — **Ginecologia**: Grave emorragia secondaria alla maturazione di un corpo luteo durante una gravidanza endouterina. — Un caso di gravidanza addominale primitiva. — Hydrocele muliebris. — Contributo alla Roentgen-eccitazione dell'ovaio. — La vaginite senile. — Il sarcoma dell'ovaio. — **Pediatria**: Contributo alla patogenesi dell'ittero dei neonati. — La diagnosi precoce di sifilide ereditaria. — L'emorragia endocranica nel neonato. — **Note di biologia**: Effetto della castrazione prepubere sul successivo impianto del cancro. — Contenuto lipoideo del corpo luteo. — Il comportamento della tiroide e delle capsule surrenali nel trattamento con estratti placentari ovarici e corpi luteinici. — Sul comportamento delle proteine del sangue nello stato puerperale. — Comportamento della glicemia in forme ginecologiche e nei tempi pre- e post-operatori. — Sul contenuto di glucosio nel sangue della prima infanzia.
I libri. — **Varietà.** — **Notizie.**

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il fascicolo 1° (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «**per l'Ufficio postale Succ. diciotto**», **ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

ANNO XXXIV Roma, 21 Febbraio 1927 Fasc. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE ALBERTI DI S. GIOVANNI VALDARNO
diretto dal prof. dott. PIETRO BASTIANELLI
chirurgo primario.

Il valore del matraccio epiploico-appendicolare nella diagnosi di appendicite acuta con peritonite circoscritta

per il dott. GIUSEPPE GUCCI, assistente effettivo

La bibliografia che riguarda l'appendicite è così ricca che solo nella classica opera dello Sprengel, che rimonta al 1906, essa occupa 100 pagine.

Fatta questa premessa sembrerebbe inutile il pubblicare ancora dei lavori su questo argomento, se l'insidiosità, la frequenza, e la gravità di questa forma morbosa non formassero un trinomio così indivisibile si da non sembrare ozioso il portare ancora dei contributi. Del resto con tutta questa ricchezza di letteratura il medico condotto, che è sempre il primo a vedere questi ammalati, non poche volte si trova dubbioso a diagnosticare una data forma appendicolare per il fatto che questa malattia offre notevoli differenze sintomatologiche in dipendenza appunto di altrettante forme anatomo-patologiche.

Bisogna infatti riportarsi alle differenti direzioni che il processo vermiforme può avere nell'addome, poichè è appunto dalla orientazione di esso che dipende in gran parte la sintomatologia e specialmente lo sviluppo di una peritonite.

È risaputo che contro di essa il nostro organismo trova il suo valido appoggio nella proprietà che il peritoneo ha nel formare aderenze, azione protrettrice che è sopratutto spiccata in quella grande ripiegatura della sierosa addominale quale è il grande epiploon.

Ed è appunto per certe particolarità di attivita plastica da questo presentate che ho voluto rendere noti questi casi, particolarità che, sebbene non sconosciute, non sono molto frequenti, mascherando alle volte la vera diagnosi si dal far ritenere l'individuo, che è portatore di un ascesso endo-addominale, affetto da una semplice forma banale.

I. — B. L., di anni 17, da Cavriglia. Entra in ospedale il giorno 8 settembre 1909. Niente nel gentilizio nè nell'anamnesi personale del paziente. Da qualche giorno è preso da dolori all'addome specialmente a destra: ha avuto del vomito e febbre. Attualmente accusa una tumefazione nella regione del cieco.

E. O.: Fisonomia tranquilla, puls. 68, temp. 36.7, addome trattabile. La profonda palpazione risveglia un leggero dolore nella fossa iliaca di de-

stra ove si avverte una tumefazione del volume di un uovo di gallina, situato un po' all'esterno ed in basso del punto di Mac Burney a grande asse parallelo alla linea mediana.

Tale tumefazione non è spostabile, non è fluttuante, piuttosto dura ed è molto superficiale.

Non vi è difesa muscolare.

Per una settimana il paziente è tenuto a dieta liquida e gli viene praticato qualche clistere.

Il paziente, che è sfebbrato, reclama da mangiare, se non chè al nono giorno un brivido, un rialzo termico notevole ed una maggiore dolorabilità nel punto incriminato, fanno decidere un pronto intervento chirurgico.

Operazione (Prof. Pietro Bastianelli). Aperto l'addome mediante un'incisione alla Kölliker si cade sopra una tumefazione costituita dall'epiploon.

Isolata questa mediante manovre digitali si va alla ricerca dell'appendice. Essa si trova imbrigliata col suo apice dentro al blocco epiploico ed è perforata alla punta. In questa ricerca si apre la cavità delimitata dall'epiploon e si dà esito a oltre 100 gr. di pus dall'odore caratteristico. Si pratica l'appendicectomia e si drena.

Posizione di fianco laterale destro del paziente.

Il paziente esce guarito dopo un decorso completamente apirettico il 15 ottobre 1909. (Questo caso fu già illustrato nella Sez. prat. del « Policlinico » anno 1910, dal compianto dott. Vittorio Dini, allora assistente del prof. Pietro Bastianelli).

II. — P. E., di anni 32, da Cavriglia. Entra in ospedale l'8 aprile 1925 con la diagnosi di appendicite acuta. Da vari giorni accusa dolori vaghi all'addome specialmente nella regione dell'ombelico.

È abitualmente stitico. Da due giorni si è accorto di una tumefazione nella parte destra del ventre ed è per questo che ricorre al medico che lo invia all'Ospedale con la diagnosi di appendicite acuta.

E. O.: nessuna reazione peritoneale. Non vomito. Polso 70, temp. 36.8. Alla palpazione dell'addome, che è trattabilissimo, si avverte una tumefazione allungata nella regione del cieco dura, non spostabile, non dolorosa, ricoperta da cute normale che si solleva in pieghe.

Operazione (Prof. Pietro Bastianelli). Incisione pararettale alla Kölliker. Aperto l'addome si cade sopra un blocco epiploico. Si isola questo e si va alla ricerca dell'appendice che si trova notevolmente ectasica alla sua base e che è penetrata per la sua metà distale dentro alla massa epiploica che le fa da cappuccio venendo così a delimitare una cavità nella quale si trovano raccolti circa 60 gr. di pus.

Isolato il campo si dà esito alla raccolta purulenta e si pratica l'appendicectomia. L'appendice è perforata alla punta. Si drena con tubi di gomma e garza iodoformica e si fa tenere al paziente la posizione di fianco laterale destro.

Esce completamente guarito il 16 maggio 1925.

III. — R. F., di anni 34, da Reggello. Entra in ospedale il 3 dicembre 1925. Racconta che circa 12 giorni prima del suo ingresso in ospedale cominciò ad avvertire dei dolori al ventre e specialmente all'epigastrio che credette far cessare con un purgante oleoso.

Ebbe molte scariche ma il dolore non cessò ma bensì si localizzò nella parte destra dell'addome in basso. Insistè ancora nei purganti e ne ebbe giovamento nel senso che scomparvero i dolori. Fu dopo circa 8 giorni dall'inizio dei suoi dolori, che il paziente attirò la sua attenzione sopra un « duro » della regione del cieco per il quale si decise a consultare un sanitario.

Si recò allora a San Giovanni Valdarno alle consultazioni del prof. Pietro Bastianelli, il quale, diagnosticata una appendicite acuta perforata con peritonite circoscritta, lo fece entrare d'urgenza in ospedale per proceder subito ad un atto operativo.

E. O. Il paziente si presenta in ottime condizioni generali. Di colorito roseo e senza accusare nessun disturbo si meraviglia che debba essere operato d'urgenza. È completamente apirettico con polso normale. L'addome è trattabile e non meteorico. Nella regione della fossa iliaca di destra un po' all'esterno ed in basso del punto del Mac Burney si apprezza una tumefazione dura fissa ed allungata a grande asse parallelo al muscolo retto, della lunghezza di circa 5 cent., molto superficiale e leggermente dolente alla palpazione.

La cute soprastante è normale, spostabile e si solleva in pieghe.

Operazione (Prof. Pietro Bastianelli). L'appendice in posizione cieco ascendente anteriore è incappucciata nella sua estremità dal grande epiploon. È perforata alla punta ed il grande epiploon ha delimitato una specie di sacca che racchiude circa 30 gr. di pus e il terzo esterno del verme.

Le anse intestinali vicine sono completamente normali. Si pratica l'appendicectomia e la resezione del blocco epiploico.

Lavaggio con etere. Drenaggio a tubi e garza iodoformica.

Posizione di fianco laterale destro.

Il paziente esce guarito il 20 gennaio 1926.

Questa la sintomatologia presentata da queste forme di appendicite acuta perforata con peritonite circoscritta: qualche leggero dolore addominale con sede preferita per la zona peri-ombelicale e che i malati interpretano come un fatto banale d'indigestione e che credono di liberarsi con un buon purgante.

Raramente e solo all'inizio qualche colpo di vomito e dopo una tumefazione dura nella fossa iliaca destra, indolente o quasi, tumefazione che è quella che impressiona il paziente e per la quale egli ricorre al sanitario.

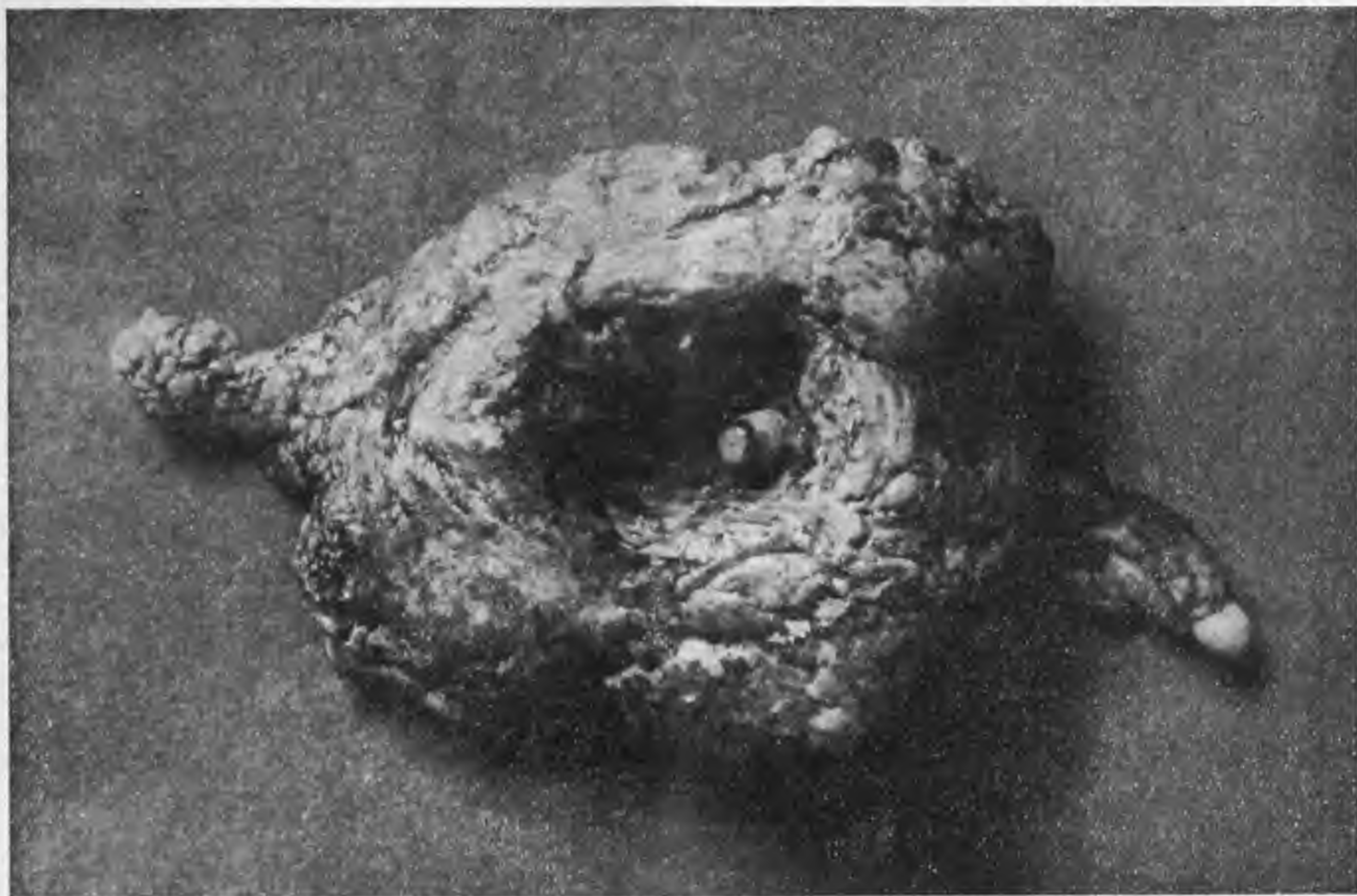
In questi casi quindi non si ha nessuno dei sintomi classici dell'appendicite: la triade del Dieulafoy fa completamente difetto come pure la dissociazione tra polso e temperatura.

Ed è allora che solo un occhio ed una mano molto esercitata può porre una diagnosi giusta.

Bisogna ricordarsi che in queste forme è di grande importanza una diligente ricerca dei sintomi iniziali presentati dal malato poichè è per essi che la nostra attenzione viene riportata alla spiccata sensibilità del peritoneo parietale.

È ormai assicurato, ed è merito principale di Lennander, che tanto il dolore appendicitico che

il vomito sono indizi di una reazione peritoneale dovuta allo stimolo infiammatorio che si fa sentire sulla ricca rete sensitiva del peritoneo parietale come pure i dolori diffusi all'addome e specialmente alla regione epigastrica e peri-ombellicale, dove molto spesso vengono accusati da questi ammalati, oltre che a fatti di indole tossica solo, l'esponente di un riflesso con punto di partenza dall'appendice in preda al processo flogistico, riflesso che attraverso a dei filetti simpatici in connessione col plesso mesenterico superiore solo « in primo tempo » per il fatto che la provvidente natura è accorsa subito per mezzo del grande epiploon ad isolare l'incendio tossi-infezioso che minacciava la grande sierosa.

Per fare la diagnosi quindi non bisogna aspettare la tipica colica appendicolare, espressione di una forte reazione peritoneale ed una manifestazione inoltrata della malattia e non già l'inizio di questa, come prima si credeva, ma bisogna riportare la nostra attenzione ai sintomi iniziali sopra ricordati, i quali uniti alla tumefazione che

Matraccio epiploico appendicolare.

(Si vede la punta dell'appendice che sporge nella cavità epiploica che conteneva il pus).

si trasmette al plesso celiaco (Sonnemburg; Kelling).

È appunto quella breve sintomatologia che ha preceduto la formazione dura che palpiamo nella fossa iliaca destra, che ci svela un ascesso appendicolare, sintomatologia caratterizzata solo in primo tempo dà dei dolori addominali alti che non diminuiscono con la compressione del ventre, che si esacerbano con i più lievi movimenti, che non cedono ai purganti e che qualche volta sono accompagnati dal vomito.

Sono appunto essi l'indice che sta a spiegare che nell'addome si è svolto un processo acuto con punto di partenza dalla regione appendicolare, processo acuto al quale il peritoneo ha reagito viene palpata, saranno sufficenti a giustificare una lesione appendicolare.

*
* *

Ed eccomi ora alla parte interessante e direi quasi curiosa che hanno presentata questi tre casi e di cui appunto è esponente l'attività plastica del grande epiploon.

In tutti questi casi, ma specialmente nel numero tre, come apparisce chiaramente dalla figura riportata, il grande epiploon aveva come incappucciato nel suo estremo distale l'appendice addossandovisi circolarmente proprio al di là del punto perforato ed aderendo così intimamente si

da isolare completamente il focolaio tossi-infezioso dalla grande sierosa, mentre nella cavità epiploica così formata si andava radunando il pus.

Si aveva così un blocco epiploico-appendicolare che dava l'impressione di un matraccio (come pittoricamente l'ha definito per primo il mio Maestro, prof. Pietro Bastianelli) il cui corpo veniva formato dall'epiploon delimitante una cavità dentro la quale si trovava l'appendice immersa nel pus, mentre il collo era formato dalla restante sana porzione del verme.

Per comprendere questa intelligente e provvidenziale disposizione epiploica, è d'uopo riportarsi alla mente le varie proprietà del grande epiploon, e specialmente il suo alto potere plastico ed antitossico, pensando che in primo tempo l'epiploon, avvertito del pericolo sia stato attratto verso l'apice dell'appendice, che stava per perforarsi, e quindi si sia addossato intorno ad essa circolarmente.

Questa chiusura completa per accollamento intorno al verme in preda al processo infettivo, ha impedito non solo la disseminazione del pus, ma anche l'assorbimento di sostanze tossiche e quindi si è avuto il completo silenzio dei sintomi reattivi da parte del peritoneo e dello stato generale, si da dare al paziente un quasi completo benessere.

In questi casi quindi l'epiploon non ha una importanza puramente meccanica quale isolatore, ma bensì un alto valore antitossico quando si pensi che il focolaio appendicolare è una ricca fucina di tossine.

La ricchezza infatti di elementi linfatici che l'epiploon possiede e che lo fecero descrivere dal Ranvier come « une sorte d'énorme ganglion limphatique étalé » sta a dimostrare la grande parte che esso deve avere nella difesa generale dell'organismo nei riguardi di infezioni endo-addominali, mentre i risultati di numerosi sperimentatori, primi fra noi quelli del De Renzi e della sua scuola, stanno a far fede della proprietà che ha questa membrana nel neutralizzare i prodotti tossici provenienti dallo sfacelo di un organo.

* * *

Ed è appunto a queste proprietà di auto-difesa che possiede il nostro organismo e per le quali viene mascherata la sintomatologia di certe forme morbose che bisogna pensare tutte le volte che noi palpiamo una tumefazione della fossa iliaca destra svoltasi in modo acuto.

Si giungerà alla giusta diagnosi oltre che dal reperto obiettivo dalla esatta valutazione dei sintomi iniziali che, come si è visto, sono gli unici esponenti della malattia « prima che entrino in giuoco le forze difensive dell'epiploon ».

Bisogna ricordarsi che questi sintomi iniziali nella appendicite in parte sono legati a fatti di ordine riflesso, in parte sono dovuti alla reazione del peritoneo e che quindi si presentano solo in primo tempo per diminuire poi e dileguarsi non appena il focolaio appendicolare è stato circoscritto.

Naturalmente tutto ciò non vuol dire che una volta che sia isolato il focolaio si debba stare tranquilli, poichè bisogna pensare che anche i poteri difensivi del grande epiploon sono limitati e resistono fino ad un certo punto per il fatto che le barriere possono cedere sia per una maggiore tossicità del processo morboso sia per una più copiosa raccolta di pus, sia per altre ragioni a noi sconosciute.

Di questo ce ne fa netta dimostrazione il caso riportato al numero I il quale dopo una quiete di una settimana si riacutizzò presentando brivido, temperatura e dolore, segni evidenti che i poteri difensivi erano venuti meno.

In questi casi l'aspettare, per far la diagnosi, il dolore tipico della colica appendicolare sarebbe un esporre il malato ad una peritonite generalizzata, mentre d'altra parte anche quando non vi siano segni allarmanti si rende necessario, secondo le vedute del mio maestro prof. Pietro Bastianelli, « *sempre* » l'intervento di urgenza sia per prevenire questi, poichè una volta presenti la riuscita dell'operazione ha maggiore incognite, sia perchè non è davvero chirurgico lasciare un addome con una raccolta purulenta e sul quale va pesando continuamente una spada di Damocle, colla sola speranza nell'aiuto delle forze naturali

Da tutto ciò appare quanto importante sia la conoscenza di queste forme, specialmente per il medico pratico di condotta che è sempre il primo a vedere questi ammalati ed al quale il « memento omenti » forma un canone non meno importante che per il chirurgo.

* * *

Ringrazio il mio maestro, prof. Pietro Bastianelli per la cortesia usatami nel farmi pubblicare i casi.

BIBLIOGRAFIA.

BASTIANELLI P. *Appendicectomia a qualunque stadio sia l'appendicite vera*. Policl. Sez. Ch., 1922.

CIOFFI. *Funzioni dell'epiploon*. Rif. Medica, 1905.

DE RENZI. Gazzetta degli Ospedali, 1903.

BERARD e VIGNARD. *L'appendicite*. Masson, Paris.

FRANCINI. *L'appendicite*. Un. Ed. Libraria, Milano.

MAFFUCCI. Giornale internazionale di Scienze Mediche, 1882.

MUSCATELLO. Giornale della R. Accademia di Medicina, Torino, 1894.

LE PLAY et FABRE. *Phisiologie du Péritoine*. Masson, Paris.

PIRONE. *Sulla funzione difensiva del grande epiploon*, Rif. Med., 1905

Ematuria nell'appendicite acuta.

Dott. E. FRONTICELLI
assistente degli Ospedali di Roma.

È noto che l'ematuria costituisce una rara complicazione della flogosi appendicolare.

Nell'appendicite acuta può essere conseguenza di una nefrite emorragica tossiemica, ovvero può verosimilmente dipendere dalla propagazione della flogosi all'uretere o al rene. Soffermiamoci su questa ultima eventualità di cui si conoscono una ventina di osservazioni sicure.

Mentre nell'ematuria tossiemica è indifferente la posizione del processo vermiforme nell'addome, nell'ematuria — chiamiamola così — flogistica, bisogna che l'infiammazione appendicolare riesca a propagarsi ad un organo contiguo capace di determinarla; cioè all'uretere, o al rene. (Non teniamo conto della cistite talora emorragica che è una complicazione ben nota dell'appendicite *bassa*, e che si rivela chiaramente attraverso sintomi molteplici a carico della sfera urinaria).

Per avere l'ematuria forse non basta che il processo vermiforme sia retrociecale e contiguo al rene o all'uretere, ma deve mancare fra questi due organi la barriera offerta dal foglietto peritoneale, che da solo il più delle volte è capace di limitare la flogosi verso l'indietro: in altre parole, come si rileva nelle osservazioni riferite da Gotlieb (1924), in quella di Ascoli (1925), di Sciak (1926) e nella nostra, l'ematuria suole verificarsi nei casi di appendice tutta o parzialmente retroperitoneale, da Tuffier interpretata come una malformazione congenita per arresto di sviluppo, evenienza rara di fronte alla semplice situazione retrociecale.

Trattandosi di flogosi croniche, l'uretere destro può essere inglobato nei tessuti flogistici peri-appendicolari, risultandone disturbi circolatori, d'onde la possibilità non solo di stenosi ureterali (Riess), ma di ematuria generalmente leggera, accompagnata da fenomeni disurici da mentire una affezione propria delle vie urinarie, come nel caso di M. Ascoli.

Invece nell'infiammazione acuta di una appendice *retroperitoneale e contigua all'uretere*, è evidente che possano verificarsi focolai di ureterite intensamente emorragica nella stessa guisa di una psoite, di una flebite iliaca, ecc. Quando l'appendice sia lunga, ascendente e impiantata sopra un cieco alto, può giungere in contatto del rene, di qui la possibilità non solo di flemmoni perirenali ma di pielo-nefriti ematuriche. Infine, secondo qualche osservatore, sembra che in certi casi la flogosi appendicolare possa diffondersi al rene anche attraverso ai vasi venosi e linfatici peri-ureterici e della parete posteriore della fossa iliaca.

Comunque, nelle osservazioni pubblicate, il fenomeno *ematuria* cessò subito dopo l'intervento: nel nostro operato invece seguì immediatamente la appendicectomia, e senza essere accompagnato da nessun sintomo obbiettivo o subbiettivo scomparve gradatamente in pochi giorni.

Riguardo alla frequenza dell'ematuria nell'appendicite ricordiamo che Kümmel ne riferisce solo tre casi su ben 8600 operati, Alessandri 2 su 1098, Sciaky 2 su 900 in appendici retroperitoneali, interpretati come da ureterite propagata. Margarucci in circa 1500 appendicectomie ha visto due sole volte ematuria, ma certamente da nefrite tossiemica. La frequenza risulterebbe del 0.8 % circa.

A. C., giardiniere, di anni 32, uomo robusto, afferma di avere sempre goduto buona salute. Non ha mai sofferto di attacchi dolorosi che possano essere interpretati per appendicite.

Tre giorni prima del suo ingresso all'ospedale di S. Giovanni, fu colto da dolori addominali prima diffusi poi ben localizzati alla fossa iliaca destra, accompagnati da nausee, vomiti e febbre (38-38.5).

Alvo chiuso, diuresi normale.

Lo stato generale è discreto, temp. 38.5, polso 105. L'addome si presenta meteorico con netta difesa nel quadrante inferiore destro, dolentissimo alla pressione. Non liquido libero nel peritoneo.

Si fa diagnosi di appendicite acuta con peritonite circoscritta. Un esame delle urine non rivela nè albumina nè zucchero.

Operazione d'urgenza (1), 18 giugno 1926.

Rachianestesia con ctgr. 6 di stovaina, perfetta.

Incisione di Jalaguier, nel corso dell'intervento prolungata alquanto in basso.

Il cieco, iperemico e meteorico, è semifisso posteriormente. L'appendice, in posizione retrociecale ascendente, è voluminosa; e aderisce intimamente alla parete posteriore, tutta avvolta da abbondanti membrane. Verso la base che è gangrenata, si deterge una piccola raccolta di pus fetidissimo. Liberando l'appendice sotto il controllo della vista, noto che la sua parte distale piegata su se stessa per circa due centimetri, si approfonda posteriormente; in modo che, dopo l'asportazione, si scorge una piccola nicchia rivestita e circondata di membrane necrotiche.

Zaffamento con garza iodoformica. Sutura parziale a tre piani.

L'appendice è lunga otto centimetri, quasi totalmente rivestita da membrane infiammatorie con un focolaio di gangrena alla base e un altro alla punta, che è *priva del rivestimento sieroso*.

Decorso post-operatorio. — Circa nove ore dopo l'intervento, l'ammalato ebbe una prima minzio-

(1) Il nostro infermo fu operato nel Reparto chirurgico dell'Ospedale di S. Giovanni (prof. Antonucci) durante la *guardia* del Reparto Maternità (prof. Micheli), ove prestavo servizio.

ne intensamente ematica. Nelle urine non furono riscontrati cilindri o elemeti renali. Durante i tre giorni successivi le minzioni — sempre regolari per numero, frequenza e quantità — risultarono gradatamente meno emorragiche, finchè al V giorno dopo l'intervento, le urine anche microscopicamente furono normali. Durante l'ematuria si constatò che le urine sanguinolenti provenivano dal meato ureterico destro.

Per il resto il decorso post-operatorio fu eccellente. La febbre cadde dopo 36 ore, l'alvo si riaprì in seconda giornata. Gli zaffi, a partire dal VII giorno furono progressivamente ritirati, e l'ammalato uscì guarito dopo un mese.

A tutt'oggi, — sei mesi dopo l'operazione — sappiamo che egli sta benissimo e non ha mai avuto nessun disturbo a carico della sfera urinaria.

L'ematuria si è dunque presentata nella gangrena di un'appendice *retrociecale e parzialmente retroperitoneale*, come nella maggior parte delle osservazioni riferite.

Non possiamo escludere una leggera ematuria pre-operatoria, perchè disgraziatamente — contentandoci della assenza dell'albumina — non praticammo l'esame del sedimento: mancava tuttavia prima dell'intervento l'ematuria macroscopica che seguì l'atto operativo. Come spiegare questo fenomeno?

Con tutta certezza escludiamo la possibilità — molto inverosimile — di una ferita dell'uretere, (la liberazione dell'appendice fu praticata essenzialmente per via smussa e sotto il controllo della vista: anche l'ottimo decorso post-operatorio depone contro); parimenti escludiamo una nefrite emorragica tossiemica o comunque la origine renale dell'ematuria (l'urina ematica proveniva dal lo sbocco ureterico destro: mancarono sempre reperti di nefrite). Perciò anche in questo caso non resta che ammettere una propagazione della flogosi all'uretere, con consecutiva ureterite acuta, ipotesi molto verosimile tenendo conto della situazione anatomica dell'appendice; per quanto a prima vista possa sembrare strano (e questo forse costituisce l'interesse della nostra osservazione) che l'appendicectomia, cioè l'allontanamento del focolaio di infezione, la detersione e il drenaggio del pus, abbiano determinato o considerevolmente aggravato l'ematuria. Possiamo fare due ipotesi: che i fatti flogistici propagati all'uretere fossero giunti al punto di determinare inevitabilmente una forte emorragia la quale — anche senza operazione — sarebbe fatalmente insorta.

Oppure ammettere che il leggero trauma per la liberazione dell'appendice fissa a contatto dell'uretere abbia prodotto la rottura di neoformazioni vasali infiammatorie della parete ureterale. Comunque la nostra osservazione confermerebbe quanto opina M. Ascoli, che cioè la posizione retroperitoneale dell'appendice infiammata ha la massima importanza per la consecutiva ematuria.

Tale condizione anatomica è spesso menzionata nelle osservazioni pubblicate; quando viene taciuta, è probabile che il chirurgo non abbia potuto riconoscere la situazione parzialmente retroperitoneale di una appendice in sfacelo, specialmente se l'appendicectomia non fu interamente condotta sotto il controllo della vista attraverso una larga breccia operatoria.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI.

SCIAKI E. *L'ematuria nell'appendicite.* Policlinico, Sez. Pratica, n. 39, 1926. Viene qui riportata la bibliografia recente sull'argomento. A proposito delle situazioni anormali e rare dell'appendice, confronta:

STOCQUART. *Les anomalies de l'appendice caecal chez l'homme.* Bull. Soc. d'Antrop. de Bruxelles, 1894.

LETULLE. *L'appendice vermiforme chez l'homme.* C. R. Soc. de Biol., 1906.

MARIAN. *Riguardo alla posizione dell'appendice vermiforme.* Bibliografie anat., 1900.

COMMENTI.

Il trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare secondo il metodo Leotta.

Il prof. Solieri nel suo commento (*Policlinico*, Sez. pratica, 1927, fasc. 5, pag. 126) al commento pubblicato sotto questo titolo a firma E. M. (*Policlinico*, Sez. pratica, 1926, fasc. 51, pag. 1787), dice delle cose inesatte. È bene rettificare.

1) L'operazione fatta dal Paternoster è una pleuropneumolisi, paragonabile, se mai, alla pleuropneumolisi del Tuffier ed eseguita con *una resezione costale, scollamento graduale col palmo della mano delle aderenze e zaffamento con garza della cavità pleurica.*

Quest'operazione, applicata in un caso, seguito da morte, undici anni addietro e non più seguita da alcuno, nè dall'autore, nè dal prof. Solieri, che ha per essa giustificabili sentimenti di attaccamento, nè da altri, è qualche cosa di diverso di quello che io eseguo con il mio processo, applicato ormai in numerosi casi, tutti seguiti da guarigione e comunicati in varie Società scientifiche, poichè io *eseguo l'incisione in uno spazio intercostale, seziono le aderenze col termocauterio o col tagliente, fra due legature, e chiudo il torace di prima intenzione.*

Processi dunque radicalmente diversi, i quali hanno un punto solo di contatto: il tentativo di

liberare il polmone dalle aderenze, che non appartiene nè a me, nè al Paternoster, poichè tentativi di questo genere erano stati fatti, prima che da lui e da me, da Rowsing, da Jessen, da Sauerbruch, da Hervé, da Jacobson nel 1913 e nel 1914 (come dico nella mia relazione di Padova, pag. 53). Se non che nessuno di questi autori era riuscito allo scopo: tutti questi tentativi avevano avuto lo stesso esito del caso del Paternoster. Perciò l'idea era del tutto abbandonata fino a quando, come è noto, fu ripresa ed attuata per vie diverse da Jacobaeus e da me.

Il risultato, nei tentativi fatti da tutti questi autori, non poteva essere diverso dall'*exitus*, per le ragioni di tecnica che io analizzo nella mia relazione di Padova e se io sono riuscito a rendere possibile la liberazione polmonare delle aderenze con un processo chirurgico, si deve precisamente alla tecnica radicalmente diversa.

Quella che nel commento del *Policlinico* a firma E. M. è chiamata operazione di Leotta non ha dunque nulla a che vedere con l'operazione di Paternoster, come non ha nulla a che vedere con l'operazione di Tuffier e con quella di Jacobaeus. La questione di paternità che vorrebbe impostare il prof. Solieri è perciò quanto mai fuor di luogo. Resta al Paternoster la paternità del suo processo, che nulla ha di comune con quello mio, il quale, bello o brutto che sia, ha reso di pratica attuazione il tentativo chirurgico finora infruttuoso della liberazione polmonare delle aderenze.

2) Il prof. Solieri dopo affermato che: « Il dott. Paternoster ha pubblicato per esteso il mio metodo sulla *Riforma Medica*, n. 39, sett. 1926 », dice che « sia difficile al prof. Leotta sostenere la priorità del metodo ». Si tranquillizzi il prof. Solieri perchè non mi è passato mai per la mente un pensiero di tal genere. Chè, anzi, io ho fatto di tutto per mettere in evidenza il processo di Paternoster. Io avevo infatti sin dall'agosto u. s., inviate le bozze della mia relazione per la stampa, quando ebbi un estratto del lavoro del Paternoster « *Il mio metodo di pleuropneumolisi manuale*, ecc. », inviatomi con una gentile dedica, con la data 8 ottobre. La mia relazione che fu distribuita il 18 ottobre era già stampata e corretta. Quando ricevetti l'estratto io tuttavia mi premurai di fare nelle bozze in 2ª correzione questa aggiunta (pag. 51): « Il Paternoster ha proposto un metodo personale di pleuropneumolisi manuale per distaccare le estese sinfisi pleuriche, che però manca della necessaria sanzione clinica per accoglierlo ».

Ora il prof. Solieri mi fa l'appunto di non aver dato al processo il rilievo che meritava. Io, relatore, non potevo dire di più di un processo che in undici anni è stato applicato in un solo caso, seguito da morte, e di cui lo stesso prof. Solieri ha creduto poi di dover modificare la tecnica, come risulta da questo suo periodo: « Ad ogni modo convenimmo col dott. Paternoster, in base agli ammaestramenti desunti dal primo caso, che l'operazione si dovesse sistematizzare così... ecc. ».

Manca o non manca ancora la sanzione clinica a questo processo?

E che potevo io — relatore — fare altro che citarlo con riserbo?

È dunque fuor di luogo l'induzione del prof. Solieri che crede « sia difficile al prof. Leotta sostenere la priorità del metodo in confronto col dott. Paternoster » poichè io, che mi sono fatto uno scrupolo di citarlo all'ultimissima ora, non ho pensato e non penso, e nessuno può pensare, a priorità per due cose radicalmente diverse.

3) Duolmi che il prof. Solieri per ragioni di salute non abbia portato il contributo del suo sapere al Congresso di Padova. Io, in tema di discussione, lo avrei tranquillizzato circa l'infondatezza delle sue preoccupazioni, ed egli non sarebbe oggi incorso nell'inesattezza di scrivere, come ha fatto, che « il relatore non credette opportuno rispondere al dott. Pantaleoni ». La verità è un'altra: Il relatore rispose al dott. Pantaleoni, che si lamentava (evidentemente per non aver letta la relazione) perchè il Paternoster non fosse stato citato da me. Nella risposta, io non solo lo rassicurai di aver citato il processo del Paternoster, ma inviai al dott. Pantaleoni al suo posto una copia della relazione, aperta e segnata a pag. 51, ove è citato il processo del Paternoster.

4) Dall'esperienza del prof. Solieri attendo un giudizio sul mio processo quando lo avrà applicato, se lo riterrà meritevole, ma lo prego intanto di non avventare giudizi sui pericoli e sulla gravità, che per lo meno sono prematuri, poichè egli oggi può farli solo alla stregua della sua esperienza sul caso operato con il processo del Paternoster, che è tutt'altra cosa.

E, sopratutto, poichè io stimo molto il dottor Paternoster, vorrei pregarlo di non usare, come mezzo polemico, quello che egli adopera, nel suo pistolotto finale, poichè il dott. Paternoster ha diritto alla stima di tutti come chirurgo, indipendentemente dalla sua qualità « di italiano di America, legato da grande affetto alla sua Patria ».

Bari, 2 febbraio 1927.

Prof. N. LEOTTA
Direttore della Clinica Chirurgica
della R. Università di Bari.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA MEDICA.

Le miositi retrattili.

(MAUCLAIRE. *Gazette des Hôpitaux*, 1926, n. 63).

I muscoli hanno due toni, tono d'elasticità e tono di contrattilità. Il primo scompare con la sezione e con la paralisi quasi completa del muscolo. Il secondo dipende dall'irrigazione arteriosa e dagli impulsi nervosi del sistema cerebrospinale e simpatico. Quando questi due elementi, arterioso e nervoso, scompaiono, il muscolo si atrofizza, si sclerotizza ed a questa miosite fibrosa e sclerosante succede una retrazione, una miosite retrattile di grado diverso e con deformazioni ortopediche varie.

Le miositi retrattili possono essere congenite ed acquisite.

Le miositi retrattili congenite sono per lo più determinate da lesioni nervose infettive o croniche verificatesi durante la vita intrauterina. Esempi di queste forme sono il torcicollo, le contratture congenite del gomito, del ginocchio e delle mani, i piedi equini, ecc. Si possono avere anche forme generalizzate.

Le miositi retrattili acquisite dipendono da cause diverse ed a seconda della loro etiologia possono essere così raggruppate:

infettive: suppurazione, miosite;

vascolari: legatura, compressione, infarti delle arterie, arterite obliterante;

nervose: compressione, sezione dei nervi, lesioni midollari, cerebrali e del gran simpatico;

trofiche: reumatismo cronico deformante;

tossiche: uricemia, ecc.

Dal punto di vista anatomo-patologico la miosite retrattile è caratterizzata dalla scomparsa più o meno completa del tessuto muscolare e dalla sua sostituzione con tessuto connettivo.

Dal punto di vista sintomatico bisogna distinguere le forme leggere, medie e gravi irriducibili.

La miosite retrattile generalizzata colpisce la quasi totalità dei muscoli del tronco, del capo, degli arti. Questi pazienti assumono un atteggiamento immobile particolare: la testa flessa fortemente in avanti, il tronco cifotico, le braccia in adduzione, le avambraccia flesse e pronate, le mani flesse, le coscie in flessione e adduzione, le ginocchia in flessione, i piedi in posizione vara. È una forma grave, che riduce in uno stato miserevole i pazienti, i quali soccombono alla cachessia dopo un periodo di tempo più o meno lungo.

Le miositi retrattili localizzate sono molto più frequenti.

La miosite retrattile dei muscoli della masticazione può seguire alla costrizione delle mascelle da cause diverse: emiplegia, accidenti del dente del senno, noma, frattura della branca montante del mascellare inferiore. In un caso il mascellare inferiore molto atrofizzato era fortemente retratto sul mascellare superiore. La costrizione era tale che l'infermo era costretto a far passare i pezzetti d'alimento tra il piccolo spazio esistente fra gli incisivi superiori che sporgevano in avanti e quelli inferiori retratti indietro. Dopo la resezione dei due condili del mascellare l'apertura della bocca era enorme, ma a poco a poco ricomparve la costrizione dei mascellari e la miosite retrattile si sviluppò ancora.

La miosite retrattile dei muscoli flessori del collo assume la forma clinica del torcicollo dello sterno cleido-mastoideo. Il torcicollo dei neonati dipende da miopatia intrauterina, da piccole rotture muscolari durante il parto, da miosite sclerosante dopo la nascita, e forse anche da lesione sifilitica. Talvolta la retrazione è leggera, tal'altra invece si ha la retrazione di tutto il corpo muscolare, che è duro, sclerotico per la massima parte. In questi casi la tenotomia è insufficiente, bisogna ricorrere alla resezione parziale ed anche totale del muscolo.

La miosite retrattile plurimuscolare dei muscoli flessori del collo è più rara e si stabilisce poco a poco invadendo simmetricamente gli sterno-cleido-mastoidei ed i trapezi.

La miosite retrattile dei muscoli del braccio è stata osservata in individui affetti da osteomi musculari traumatici consecutivi a lussazioni del gomito con o senza massaggio intensivo ed individui anziani con diatesi reumatica. È stata anche constatata la retrazione fibrosa del bicipite in seguito a legatura dell'arteria ascellare.

La miosite retrattile dei flessori dell'avambraccio costituisce la sindrome di Volkmann. È noto che tale sindrome è stata attribuita a disordini vascolari ischemici, a lesione del mediano e del cubitale o del gran simpatico.

La miosite retrattile dei tendini estensori dell'avambraccio, analoga alla precedente, è stata osservata in casi di scottatura della faccia dorsale dell'avambraccio. È probabile che in conseguenza della scottatura cutanea si stabilisca atrofia dei muscoli sottostanti, congestione e quindi miosite retrattile con aderenza totale dei muscoli alla loro aponevrosi, donde ostacolo alla libera escursione del muscolo.

La miosite retrattile dei muscoli della mano si verifica nel corso del reumatismo cronico deformante. È stata anche osservata la retrazione ischemica dei muscoli dell'eminenza tenare in

seguito all'applicazione d'una piastra troppo stretta alla mano.

La miosite retrattile dei muscoli psoas-iliaco, della fascia lata e del sartorio, provoca la flessione del rachide e del bacino sulla coscia e reciprocamente della coscia sul bacino. I pazienti camminano col tronco più o meno flesso. Si ha un incurvamento progressivo e definitivo del tronco. Tali forme vengono spesso erroneamente designate come reumatismo cronico vertebrale o coxofemorale. In un caso di legatura dell'arteria e della vena femorale per aneurismo artero-venoso alla base del triangolo di Scarpa si ebbe una leggera flessione della coscia sul bacino da miosite retrattile. La miosite retrattile del tensore della fascia lata è molto frequente e si ha sopra tutto nelle coxalgie. Il sartorio, il tensore della fascia lata e lo psoas-iliaco e il retto anteriore formano un gruppo di muscoli che si retrae spesso nella paralisi infantile.

La miosite retrattile degli adduttori della coscia si ha nel periodo terminale del morbo di Little

La miosite retrattile del quadricipite femorale è rara. L'A. ne ha osservato un caso dovuto probabilmente ad infezione gonococcica.

La miosite retrattile dei muscoli flessori della gamba sulla coscia può dare flessione incompleta o completa.

Le forme con flessione incompleta si son verificate numerose durante la guerra in seguito a ferite o ulceri della faccia posteriore della coscia, a ematomi profondi. In genere è dovuta a lesioni della pelle, dei muscoli flessori, dei nervi, dell'articolazione del ginocchio, o del sistema nervoso centrale. La miosite retrattile dei muscoli flessori della gamba con flessione completa o quasi è dovuta al reumatismo cronico o a certe paraplegie spasmodiche da lesioni cerebrali o midollari. In quattro casi osservati dall'A., coesisteva osteoporosi della tibia e del femore.

La miosite retrattile dei muscoli antero-esterni della gamba è stata osservata in seguito a permanenza di corpo estraneo nella massa muscolare ed in seguito a legatura dell'arteria tibiale anteriore.

La miosite retrattile del tendine dell'estensore proprio dell'alluce, del primo fascio del pedidio e degli abduttori dell'alluce provoca l'alluce valgo. Talora la retrazione colpisce solo l'estensore proprio dell'alluce, dando l'hallux recurvatum.

La miosite retrattile dei muscoli del polpaccio è frequente: provoca il piede equino. È data per lo più da affezioni del ginocchio, flebiti, ulcerazioni cutanee, ferite, fasciature troppo strette, ecc.

La miosite retrattile dei muscoli della pianta del piede produce, come quella della mano, deformazioni che vengono generalmente classificate nel quadro del reumatismo cronico deformante.

La miosite retrattile si può verificare in alcune malattie nervose.

Nelle contratture postemiplegiche l'arto superiore si mette in adduzione e rotazione interna, l'avambraccio in flessione e pronazione, la mano in flessione; nell'arto inferiore la coscia e la gamba sono in estensione, il piede in posizione varo-equina. Charcot e Vulpian ritenevano che si trattasse esclusivamente d'ipertono, ma in effetti a lungo andare si stabilisce una miosite retrattile.

Contratture definitive si osservano nell'emiplegia spastica dell'infanzia: l'avambraccio, la mano e le dita in flessione, il ginocchio in flessione, il piede varo-equino.

Contratture analoghe si hanno nell'atetosi, nell'emiatetosi, nella diplegia spastica e nell'emiplegia cerebrale infantile.

Nel morbo di Little si ha adduzione del braccio, pronazione dell'avambraccio, flessione della mano, flessione e adduzione delle coscie, flessione delle gambe, piedi varo-equini. Per molto tempo si ha retrazione dei muscoli da ipertono, ma col tempo si stabilisce la miosite retrattile.

Nel morbo di Parkinson si hanno contratture con ipertono, ma non sembra che si stabilisca mai la miosite retrattile.

Da quanto si è esposto risulta che la miosite retrattile colpisce prevalentemente i muscoli flessori: del collo, dell'avambraccio, della mano, del tronco, della coscia, della gamba e del piede. Si osserva molto più raramente sui muscoli estensori.

Il trattamento consiste nell'estensione continua, rottura e raddrizzamento forzato, progressivo o ripetuto, miotomia, mioplastica, miectomia, tenotomia e tenoplastica, allungamento tendineo, osteoplastica, resezioni ossee parziali o totali, neurotomie parziali o totali, resezioni del gran simpatico, osteotomie diverse e resezioni osteo-articolari, artrodesi. DR.

Paralisi amiotrofiche dolorose postsieroterapiche.

(MAZEL e DECHAUME, *Journal de Méd. de Lyon*, 20 novembre 1926).

Triplice è l'interesse dei casi di paralisi da siero: clinico, patogenetico, medico-legale.

Queste paralisi sopraggiungono dopo una iniezione di siero, specie se non fu la prima, e sono assai rare. I sieri maggiormente responsabili di questi accidenti sono l'antitetanico e in seconda linea l'antidifterico. L'importanza degli altri sieri è discutibile.

La complicazione è tardiva: quasi sempre insorge all'ottavo giorno circa dopo l'iniezione. Pre-

dilige gli adulti. Può accompagnarsi ad altri fenomeni da siero: orticaria, ecc., ed è spesso preceduta da artralgie vive, diffuse, interessanti tutte le articolazioni, perfino quella temporomandibolare. Tali artralgie cessano per dar luogo a dolori a tipo nevritico a carico prevalentemente degli arti superiori, violenti, persistenti, a parossismi penosissimi. Questi durano da pochi giorni a un mese e prediligono il moncone della spalla. Importante è il contrasto tra essi e la integrità della sensibilità obiettiva, contrasto quasi costante a verificarsi. È raro riscontrare circoscritte zone di anestesia, talora a tipo radicolare. Intatte le sensibilità profonde.

Dopo uno-due giorni, si insedia rapidamente la paralisi, spesso a sede nell'arto superiore, a tipo simile al Duchenne-Erb. Essa è dissociata, cioè non tutti i muscoli del territorio sono colpiti, e non tutti in egual misura.

In ordine di frequenza, sono paralizzati il gran dentato, il deltoide, il sopra- e il sottospinoso, il bicipite, il brachiale anteriore, il tricipite, il gran dorsale, il trapezio; il lungo supinatore, il grande rotondo, il fascio clavicolare del gran pettorale, il corto supinatore, restano spesso intatti.

Clinicamente, scapola alata, limitazione dell'abduzione dell'arto superiore e della sua rotazione esterna, nonchè dei movimenti di propulsione e retropulsione. Talora è resa difficile la flessione dell'avambraccio. Il braccio pende immobile, flaccido, addotto, vuotato internamente, accollato al corpo.

Localizzazioni eccezionali sono quelle dei flessori ed estensori delle dita e dei muscoli dell'eminenza tenar.

Accanto a queste, vi sono paralisi a tipo tronculare (del radiale, ecc.), molto meno frequenti.

La paralisi è accompagnata da rapida amiotrofia, intensa, tenace. La reazione elettrica degenerativa può essere parziale o totale. I riflessi tendinei e periostei del territorio affetto sono aboliti o diminuiti, e così i riflessi simpatici (pilomotore).

La diagnosi non è difficile data l'uniformità del quadro clinico e l'anamnesi. Occorrerà escludere le miopatie e le paralisi dissociate del plesso brachiale dovute a coste cervicali, le distrofie muscolari post-traumatiche, l'isterotraumatismo, l'amiotrofia riflessa consecutiva ad artrite scapolo-omerale da siero.

L'evoluzione di queste paralisi è talora rapida (pochi giorni), talora assai lenta (uno-due anni), con tutti i gradi intermedi. Si finisce in genere con la guarigione, prima della paralisi, poi anche della amiotrofia, perfino in casi a R. D. totale.

La prognosi ultima è dunque favorevole, sia pure a lunga scadenza. Una sola riserva: le tare anteriori, specie l'alcoolismo, possono dare in certi casi una evoluzione ascendente tipo Landry.

La cura volgerà ad attenuare il dolore in un primo tempo, con analgesici e riposo. Precoce sarà l'elettroterapia, accompagnata da massaggi, mobilizzazione metodica, bagni di luce. Internamente, nervini, specie stricnina.

Si potrà tentare di prevenire le paralisi seguendo il metodo di Besredka, o iniettando intra vene carbonato di sodio, o impiegando sieri deal-buminizzati, specie se altre iniezioni di siero ebbe a subire il soggetto per lo passato.

Riguardo alla patogenesi, viene certo in causa la *tossina*, specie se si tratta di sieri antitetanici (tendenza alle contratture e al trisma in casi di Lépine) o antidifterici. L'azione dell'*antitossina* è egualmente verosimile.

L'azione del *siero* stesso è da tenersi presente, sebbene sieri di cavallo semplici non abbiano mai dato luogo a manifestazioni paralitiche. Tuttavia il fattore anafilattico è presumibilmente in causa.

Il processo anatomico per cui questi fattori producono le paralisi sarebbe, secondo alcuni, da ricercarsi in alterazioni delle fibre da parte di tossine aventi per esse affinità elettiva, o, secondo un'ingegnosa ipotesi di Sicard ed altri, in edemi localizzati strozzanti i tronchi nervosi o dissocianti le loro fibre, edemi simili a quelli che si producono anche nella cute come manifestazioni da siero.

Come si spiegherebbe la localizzazione superiore di queste paralisi? Questo è un problema quasi insolubile per ora.

Dal punto di vista medico-legale, poichè nessuna profilassi sicura può praticarsi, nè si possono prevedere i casi nei quali l'accidente si verificherà, la responsabilità sia civile che penale del medico è esclusa, nè egli deve astenersi dalla sieroterapia o sieroprofilassi per timore delle complicazioni.

Inoltre, le paralisi post-sieroterapiche sono da considerarsi come conseguenza diretta di un trattamento necessario, quindi facenti stretta parte delle sequele dell'infortunio che ha provocato l'iniezione di sieri, e come tali indennizzabili.

Quando si dovrà liquidare, nel senso medico legale, uno di tali ammalati? Secondo gli AA., quando il ritorno alle occupazioni professionali possa farsi senza pericoli, anche se la guarigione non è completa, quindi in generale circa entro quattro-otto mesi. Si potrà poi fissare approssimativamente tra 15 e 25 % il percento di invalidità permanente dopo tale epoca, salvo revisione, dappoichè questa invalidità non è permanente che di nome, essendo destinata, sia pure cogli anni, a scomparire. Questo nel campo

degli infortuni sul lavoro. Nel campo del diritto comune, o la perizia si svolge molto tempo dopo la ferita e le sue complicazioni, ed allora la valutazione del danno è facile, o la perizia ha luogo a paralisi in atto, ed allora bisognerà tener conto delle condizioni economiche del colpito, delle somme liquidategli in forma di anticipo, dell'evoluzione ulteriore probabile della paralisi.

GARRONE.

SIFILOGRAFIA.

Ulcere sifilitiche primitive extragenitali.

(SIGNE NORSTRÖM-LIND. *Acata Derm. Vener.*, ottobre 1926).

Nelle numerose statistiche del secolo scorso, appariva con grande frequenza il manifestarsi dell'ulcera sifilitica primitiva in sedi diverse da quelle genitali (sifilide degli « innocenti »). Il primo posto è occupato dalle ulcere delle labbra; vengono poi in ordine di frequenza quelle della mammella e del capezzolo, delle dita, delle mani, delle amigdale, ecc.

Ricerche fatte dall'A. nei registri degli Ospedali di Stoccolma nel secolo 1821-1920 dànno una cifra totale di 533 ulcere primitive sifilitiche (di cui 387 in femmine) a sede extragenitale, cioè circa il 4,91 % dei sifilomi iniziali totali.

Secondo l'età, il periodo che comprende cifre più elevate è quello da 21 a 50 anni, come per le lesioni a sede genitale. Pei lattanti, la cifra è più elevata che nei bambini da 2 a 14 anni.

Le percentuali secondo le sedi sono: 55,3 % per la bocca, di cui 40,7 % per le labbra; le tonsille dànno 7,5 %, la lingua solo 2,5 % (epitelio più resistente e più spesso integro di quello delle amigdale), le altre regioni della bocca e del faringe 4,5 %. Le ulcere della mammella vengono subito dopo quelle delle labbra con 34,5 %, delle quali la gran maggioranza dovuta ad allattamento; quelle delle dita dànno il 3,6 % (spesso di origine « sessuale »). Il resto è dato dalle altre parti del corpo (tronco, escluse le mammelle, 2 %, coscia 1,1 %, inguine 0,9 %, mani, escluse le dita, 0,36 %, avambraccia 0,18 %).

Secondo il modo di contagio, in quasi 230 casi esso è sconosciuto o non indicato, in 303 è conosciuto o almeno sospettato. In 173 casi si trattava di nutrici. Il bacio occupa il secondo posto con 45 casi, dei quali 17 uomini e 28 donne. Un solo caso probabile è dovuto a vaccinazione, mentre altre statistiche sono ricche di casi del genere. I casi verificatisi in nutrici furono molto più numerosi nel periodo 1821-1873 (132) che dopo (41). Cifre minori esprimono il numero di casi dovuti ad assistenza a bambini (22), vita in comune (20), impiego di utensili comuni a più persone (9), parto e cattiva igiene delle ferite (7), poppamento (7), aspirazioni e morsi (2).

La via « sessuale » è da incolparsi in 18 casi. Quanto alle categorie più colpite, abbiamo le donne maritate, le balie, i domestici, i bambini minori di 15 anni; vengono poi gli operai e facchini, commercianti, sarte, marinai, ecc.

Le più svariate categorie di persone sono poi rappresentate da un solo caso o da due.

È lecito sperare che nell'avvenire, grazie ad una igiene migliore, alla possibilità di una diagnosi più precoce, e all'efficacia della cura, i casi di ulcere extragenitali regrediscano, di pari passo del resto con quelli di ulcere genitali. Difatti la statistica presenta una notevole diminuzione dei casi negli ultimi anni. Le donne preponderano sempre in essa, nè si può sperare che tale preponderanza cessi, a causa della sifilide da baliatico.

GARRONE.

Biologia della sifilide. Immunità e anticorpi.

(F. LESSER, *Med. Klinik*, n. 44, 1926).

L'indagine biologica delle malattie infettive deve considerare le alterazioni che si determinano in seguito all'azione reciproca dell'agente morboso e dell'organismo attaccato. L'agente morboso è la causa esterna della malattia infettiva, l'organismo (e specialmente la disposizione di esso alla malattia) ne è la causa interna. La malattia risulta dall'azione patogena dell'agente e dalla reazione dell'organismo.

Cause esterne. La malattia è determinata dalla spirocheta pallida. Non si può più ammettere l'esistenza di diverse specie di spirochete (dermotrope, neurotrope). Però i rimedi spiricidici (salvarsan) e forse in alcuni casi le spontanee forze immunitarie dell'organismo possono modificare le spirochete nella loro virulenza (forse solo in via transitoria). Queste spirochete trasmesse a nuovi organismi determinano una malattia latente e quindi non riconosciuta nè curata, malattia che perciò facilmente dà poi luogo alle manifestazioni sifilitiche tardive, tabe, paralisi e affezioni aortiche. Perciò è esatta l'affermazione che l'introduzione del salvarsan nella cura della sifilide ha fatto aumentare il numero di queste gravi affezioni sifilitiche tardive; non è il salvarsan che le determina per sè stesso, bensì l'infezione resa latente perchè parzialmente vinta dal farmaco. Così il contagio sifilitico trasmesso da individui curati col salvarsan può determinare affezioni primarie non caratteristiche, senza alcun indurimento, simili a piccole

erosioni banali, in cui solo la ricerca microscopica dimostra la presenza di spirochete.

La disposizione dell'organismo alla malattia varia nei diversi individui e varia anche nei singoli organi di uno stesso individuo. Non si può affermare che la disposizione alla sifilide sia notevole, anzi si deve spesso constatare l'esistenza di una resistenza spontanea dell'organismo.

Infatti in moltissimi casi nel periodo precoce le manifestazioni morbose mancano del tutto oppure sono così insignificanti da sfuggire all'attenzione; un gran numero di individui infettati da sifilide non sa nè può sapere di essere ammalati, essendo mancata la reazione dell'organismo allo stimolo spirochetico. Si può calcolare che il 30 % degli individui con manifestazioni cutanee tardive, e il 30 % dei tabici, paralitici, aortici, ecc. non sanno di essere stati sifilitici.

Mancando l'affezione primaria, mancano di solito anche le manifestazioni secondarie. Casi di roseola senza affezione primaria (syphilis d'emblée dei Francesi) sono eccezionali. Invece l'affezione primaria è sempre seguita dalla comparsa di roseola nei casi non curati.

Alla penetrazione della spirocheta l'organismo reagisce in vari modi. Anzitutto si manifesta una immunità completa della pelle contro la reinfezione. Questa immunità della pelle non ha nulla a che fare con la formazione di anticorpi, formazione che possiamo dimostrare soltanto in una epoca più tardiva. L'immunità dalla pelle si estende poi a poco a poco agli altri organi; dapprima alcuni tessuti sono ancora recettivi verso le spirochete esistenti nell'organismo, questa recettività si manifesta clinicamente in forma di recidive, p. es. condilomi nel periodo precoce; in seguito tutti i tessuti acquistano l'immunità. Essi non reagiscono nè contro le spirochete che penetrano dall'esterno, nè contro quelle che già esistono nell'organismo. Quanto alle manifestazioni tardive della sifilide, esse non si possono considerare una reazione dei tessuti; le gomme e le proliferazioni interstiziali del periodo tardivo sono soltanto le conseguenze di alterazioni vasali sifilitiche. La seconda alterazione dell'organismo infettato è la positività della reazione di Wassermann. Si tratta di una specie di produzione di anticorpi con i quali l'organismo cerca di distruggere le spirochete. Anticorpi ed immunità sono diversi nella loro essenza e nei loro scopi; si tratta di due processi del tutto indipendenti l'uno dall'altro. Anticorpi vengono formati solo fino a che esistono nell'organismo spirochete vive. Non è invece dimostrato che l'immunità sia anch'essa legata alla presenza di spirochete nell'organismo. Sembra che alcune forme di sifilide lascino dopo guarite una immunità; si tratta in questi casi di sifilide cronica a decorso lungo. Non si può invece ammettere una immunità consecutiva ad affezioni primarie sieronegative guarite in modo abortivo nè ad infezioni siero-positive abortive. Gli anticorpi sono formati in massima parte dalle cellule delle pareti vasali (difesa aspecifica) in piccola parte soltanto dai tessuti delle papule, dei condilomi e di altre formazioni specifiche (difesa specifica).

POLLITZER.

TERAPIA.

La trasfusione sanguigna in terapia.

(*British Medical Journal*, 27 novembre 1926).

Questo argomento è stato oggetto di discussione, nel Congresso annuale di Nottingham dei 1926, da parte di eminenti AA. quali Rolleston, Lovell Gulland, Cruchet, Keynes, Spriggs, Graham Smith e Platt, i quali, ciascuno nel proprio campo, hanno portato il contributo della loro esperienza ed hanno cercato di chiarire alcuni punti ancora oscuri della questione.

Con la trasfusione vengono introdotti in circolo gli elementi morfologici del sangue nonchè le varie sostanze biologiche contenute nel siero. La trasfusione del sangue è stata praticata, oltre che nell'anemia acuta, nelle malattie del sangue (anemia perniciosa, a. aplastica, a. splenica, morbo di Banti, ecc.), nelle diatesi emorragiche (morbo di Werlhof, affezioni emorragiche dei neonati, emofilia) e in numerose altre malattie, con risultati vari. Molto utile si è dimostrata nelle emorragie acute (e. traumatiche, e. postpartum), ma anche in altre condizioni morbose la trasfusione sanguigna ha dato buoni risultati, così, ad es., nella porpora emorragica, nelle emorragie gastro-intestinali, nell'emofilia, ecc.; mentre nell'anemia perniciosa, nell'anemia aplastica, nell'ittero emolitico, nella leucemia i vantaggi sono stati scarsi o nulli o transitori. Comunque la trasfusione, se usata con giusto criterio, è certamente un mezzo terapeutico prezioso, che può in diverse contingenze e in un certo numero di malattie salvare la vita degli infermi.

Ma a quali fattori biologici sono dovuti questi vantaggi? Quale è il loro meccanismo di azione? Quali le modificazioni biochimiche che avvengono tra il sangue trasfuso e l'organismo del malato?

Rolleston ritiene che nelle emorragie acute gli effetti benefici siano dovuti sia all'aumento della massa totale del sangue, sia all'aumentata coagulabilità di esso. Una volta si credeva che nei casi di emorragia per ulcera gastrica o duodenale la trasfusione fosse pericolosa nel senso che

potesse favorire il ripetersi dell'emorragia, a causa dell'aumentata pressione sanguigna. Ciò non corrisponde alla realtà dei fatti, in quanto che l'esperienza clinica dimostra che, dopo la trasfusione, l'aumento della pressione è lieve e transitorio, mentre d'altra parte viene ad essere aumentato il potere di coagulabilità del sangue. Keynes, in proposito, riporta diversi casi di individui affetti da ulcera gastrica o duodenale venuti all'operazione in condizioni di anemia gravissima, consecutiva ad emorragia. Mediante la trasfusione sanguigna praticata prima e a volte anche durante l'atto operativo, egli ha ottenuto i più brillanti successi.

Oltre che ai fattori su indicati, Rolleston ritiene che gli effetti benefici della trasfusione siano dovuti anche al fatto che mediante essa vengono introdotte nell'organismo malato, oltre agli elementi del sangue, una quantità di sostanze: fibrinogeno, anticorpi, ossigeno e verosimilmente uno speciale ormone atto a stimolare in modo specifico il midollo osseo (Hurst).

D'altro canto la trasfusione può dar luogo a vari incidenti più o meno gravi, i quali possono evitarsi, nella grande maggioranza dei casi, facendo precedere le prove biologiche (prova dell'agglutinazione, potere emolizzante, determinazione dei gruppi sanguigni, ecc.), onde assicurarsi che non vi sia incompatibilità tra sangue del donatore e del ricevente. Tuttavia alcune volte si hanno delle reazioni (febbre, emolisi, ecc.), malgrado siano state preventivamente eseguite in modo accurato le prove biologiche, e ciò è dovuto al fatto che le prove *in vitro* non sono sufficientemente delicate da eliminare lievi incompatibilità *in vivo*. Occorre, inoltre, determinare oltre che il comportamento delle emazie anche quello dei leucociti e delle piastrine. Le reazioni si verificano più spesso dopo le grandi trasfusioni che dopo le piccole di 200 cmc. e più facilmente nelle successive che nella prima. Allo scopo di evitare reazioni anafilattiche è bene di non servirsi nelle successive trasfusioni dello stesso donatore e, in ogni caso, far precedere sempre le prove biologiche.

Molto si è esagerato sui pericoli inerenti al l'agglutinazione ed all'emolisi, le quali non cagionano invero gravi inconvenienti, purchè la trasfusione venga praticata lentamente e con tecnica precisa.

Dopo la trasfusione si ha un aumento dei corpuscoli del sangue, che però è temporaneo; in seguito si verifica una graduale scomparsa di essi, per cui dopo 7-8 giorni la formula sanguigna ritorna al valore primitivo. Ciò si verifica costantemente qualunque sia il metodo di trasfusione che si adopera; certamente il metodo più facile sia per il donatore che per l'operatore è quello col sangue citratato (2-3 gr. per 1000 di sangue). Platt, invece, è del parere che corrisponda meglio la trasfusione con sangue defibrinato: in 66 casi si ebbero reazioni soltanto in 4 casi e in 3 di questi si trattava di infermi affetti da anemia perniciosa febbrile. In 13 casi di piemia e setticemia si ottenne in 7 notevole abbassamento della temperatura e spiccato miglioramento delle condizioni generali, mentre in altri 4 si ebbe un miglioramento transitorio.

Per la trasfusione viene utilizzato il sangue umano (trasfusione interumana). Renè Cruchet dal 1921 ha ripreso a studiare il problema della trasfusione dall'animale (pecora, cavallo, ecc.) all'uomo. I risultati di queste ricerche sono molto interessanti: essi dimostrano nel modo più evidente che la trasfusione sanguigna dall'animale all'uomo è possibile, con metodi moderni, senza che essa abbia a determinare maggiori inconvenienti di quella interumana. Le ricerche cliniche e sperimentali di questo A. dimostrano che la trasfusione di sangue eterologo citratato è innocua, a patto che vengano osservate le seguenti norme:

1) è necessario praticare la trasfusione da principio molto lentamente e aumentare in seguito gradatamente la velocità;

2) l'animale donatore dev'essere assolutamente sano e deve stare in riposo per almeno una o due ore prima dell'operazione;

3) il sangue dev'essere usato immediatamente dopo il passaggio dalla vena dell'animale donatore;

4) è da preferirsi il sangue di cavallo, poichè sembra che esso sia più tollerato di quello di pecora o di bue;

5) non è bene utilizzare il sangue di cavallo *in toto*, ma è preferibile diluirlo a un terzo o a metà con siero fisiologico;

6) è molto utile l'aggiunta al miscuglio suddetto di adrenalina al millesimo: 5 gocce ogni 250 cmc. o anche meno;

7) la trasfusione di sangue di cavallo nell'uomo può praticarsi con la stessa tecnica delle iniezioni intravenose di siero fisiologico.

N. MARZO.

☛ ***Interessante pubblicazione:***

Prof. dott. LEONARDO DOMINICI
Lib. doc. di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università.

Compendio di Semeiotica Chirurgica

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri.**

Un volume di pagg. VIII-425 stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici, con 73 figure, molte delle quali originali, intercalate nel testo e 4 tavole colorate, in carta americana, fuori testo.

In commercio L. **42.** Per i nostri abbonati sole L. **37,75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto. ROMA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. BAYER e R. VON DEN VELDEN. *Inkretologie und Inkretotherapie.* Thieme, Lipsia, 1927, pag. XIV, 424.

La pletora dei lavori sull'endocrinologia e sulla sua terapia rende oggi quasi impossibile al medico e non soltanto pratico, di seguire il cammino rapido di questa speciale e giovane materia della medicina.

Si sente ogni tanto il bisogno di uno sguardo sintetico e di un giudizio critico su quanto è stato prodotto e di quanto si può dire veramente acquisito.

A colmare queste lacune hanno provveduto i due autori, i quali non sono rifuggiti dal chiamare intorno a sè persone di provata competenza affidando loro i singoli capitoli riferentisi ai vari organi a secrezione interna. Tale provvedimento è stato dettato soprattutto per evitare il pericolo di un sapore troppo speculativo dell'opera e per avere preferio di rimanere nell'ambito reale e realistico della praxis giornaliera.

La decisione di esporre il solo status presens delle cognizioni attuali sugli svariati organi endocrini rende anche ragione delle apparenti sproporzioni dei vari capitoli, ciò che in realtà finisce col divenire più che un difetto, un pregio dell'opera.

E. M.

M. MAYER. *Malattie esotiche.* (Traduz. G. BASILE e E. FÜNCK sotto la direzione del prof. FRANCHINI). Un. Tipografica Torinese. L. 75.

E' un manuale pratico, dedicato alle malattie esotiche, che racchiude le nozioni più importanti di clinica, etiologia e patologia. Nella concezione dell'A. dovevano esser lasciate da parte le discussioni eccessive, le teorie, e brevemente dovevano esser presentate allo studioso nel loro quadro clinico sintetico le forme morbose, sì da offrire al medico coloniale e allo studente un facile mezzo di aiuto nello studio dei malati. L'A. è riuscito nell'intento: le malattie da protozoi, da spirochete, da batteri, ad etiologia non precisata, le malattie di probabile origine alimentare, da vermi, da artropodi, da funghi, da animali velenosi, i disturbi da calore e da sole, sono i capitoli nei quali la materia vasta è divisa. Chi legge il libro ammira la chiarezza e la sobrietà, forse quest'ultima raggiunge una tale misura, che la lettura deve essere attenta e lenta, sotto pena di trascurare nozioni imporanti. Ottime e dimostrative le figure, la traduzione esatta e corretta.

T. PONTANO.

G. LACAPÈRE e H. MONTLAUR. *Dermatologie.* A. Maloine et Fils, éditeurs. Paris, 1925. Fr. 8.50.

È uno degli ultimi numeri del quale si è venuta ad arricchire la collezione « Les petits précis » diretta dal dott. Cantonnet di Parigi. Scrive a proposito il Cantonnet nel presentare ai lettori la raccolta, che anche pel medico generico deve esistere un « minimum » indispensabile di cognizioni per ogni ramo e per ogni specialità, una specie di bagaglio irriducibile al disotto del quale vi è certo insufficienza.

Il nuovo volumetto di circa 160 pagine sarà utile pertanto a medici pratici e a studenti i quali troveranno in esso una descrizione chiara, per quanto del tutto compendiosa, delle dermatosi più comuni corredata da un capitolo speciale di semeiologia dermatologica ed infine da un altro riguardante la terapia.

M. AGOSTINI.

G. GALLI. *L'arteriosclerosi e il suo trattamento.* Soc. ed. libraria. Milano. L. 65.

L'argomento da qualche anno, dopo aver formato oggetto di studi di intiere scuole per molti decenni, dopo aver alimentato discussioni senza accordo nei congressi di biologi e di clinici, restava in un relativo abbandono con i suoi numerosi punti interrogativi, che invano avevano chiesto una risposta decisiva.

Il libro del Galli ripone l'argomento sul tappeto, riesaminando le vecchie e dibattute questioni con tutti quei mezzi ed argomenti, che lentamente il tempo ha accumulato. Opera utile, perchè, se il problema non assilla in questo momento gli studiosi è sempre di vitale importanza per la diffusione della malattia e per la sua importanza nelle varie età dell'uomo. Opera utile specialmente perchè uno studioso instancabile del problema raccoglie con consapevole vaglio tutto il largo contributo dello studio antico e moderno. L'opera è divisa in capitoli: parte storica, parte anatomica e anatomo-patologica, patogenesi ed etiologia, parte clinica riguardante l'arteriosclerosi del cervello, del midollo, del cuore, dell'aorta e della polmonare, l'arteriosclerosi addominale, renale, degli arti e periferica. Seguono due capitoli dedicati alla prognosi e alla cura dell'arteriosclerosi.

La monografia costituisce un volume di circa 500 pagine e in essa trova posto con ogni dettaglio la teoria e la pratica, legate insieme da una armonica visione, frutto di esperienza del malato. Ogni questione più difficile è affrontata e nella discussione sono opportunamente portati con maniera che io voglio chiamare *viva* i pareri dei migliori nostri maestri, alla cui scuola si è for-

giato il senso di misura dell'A. La lettura del libro fa rivivere qualche ora passata sui banchi delle nostre scuole.

Se pure alcuni punti, numerosi punti anzi, restano insoluti, nè una soluzione si poteva pretendere dall'A., l'avere aggiornato tutte le conoscenze su un tema così vasto, discusso e importante è il merito migliore dell'A. nel libro, al quale auguro successo, quale meritano il grande amore e il lungo studio del Galli.

T. PONTANO.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

L'indirizzo degli studi clinici secondo una Commissione di concorso.

Riportiamo da « La Riforma Medica » (10 gennaio 1927) questo interessante scritto:

In occasione dell'ultimo concorso di Clinica Medica (per Modena) la Commissione (Zoia, Micheli, Ceconi, Centanni e il sottoscritto) ha creduto di fissare, *prima*, i criteri generali coi quali avrebbe giudicato, *poi*, i concorrenti.

È forse la prima volta che ciò avviene e la cosa merita di essere commentata, non tanto per mettere in rilievo l'obbiettività della Commissione, quanto per discuterne i criteri adottati.

Non credo vi sia modo più efficace di questo per imprimere un determinato indirizzo agli studi riflettenti la materia messa a concorso. Il fatto che quattro clinici e un patologo generale si sono trovati pienamente d'accordo nello stabilire certi principî generali ai quali deve corrispondere la preparazione culturale e la produzione scientifica nel campo della Clinica Medica parmi che debba persuadere i giovani a meditare su quei principî e ad uniformarvisi più o meno, ben inteso, a seconda della propria individualità. Se quei principî sono giusti e fecondi, un immenso vantaggio può derivarne all'economia delle forze individuali di quegli inesperti, che per lo più procedono a tastoni nei primi passi della dura carriera, perdendo un tempo prezioso.

Ma ciò che più importa, un vantaggio anche maggiore ne deriverà alla somma della produzione scientifica nazionale.

*
* *

I tempi moderni domandano che codesta produzione venga meglio indirizzata e coordinata. Bisogna guardare in faccia la verità se vogliamo sul serio migliorare. La bolsa rettorica parlamentare in passato molte volte si è compiaciuta di asserire ben alto che la scienza italiana è alla pari di ogni altra di altre Nazioni, se pur non le supera tutte di un metro e una spanna. Ciò che egregiamente è più volte servito da pistolotto finale ai ministri della P. I. nelle loro sbiadite relazioni di bilancio.

Viceversa il bilancio dell'Istruzione Superiore è stato rappresentato sempre da somme irrisorie e la produzione scientifica nazionale, quale apparisce nelle raccolte bibliografiche ufficiali internazionali, anche oggi, è *metà di quella del Belgio.* (Bei nomi e bei lavori e belle scoperte naturalmente abbiamo anche noi).

A malgrado della nostra grande inferiorità economica, potremmo tuttavia far molto meglio e molto di più se fossimo meglio organizzati. La Commissione di Modena è stata mossa da questo grande pensiero.

Basta guardare la raccolta dei periodici di Medicina italiani allineati nelle nostre biblioteche a fianco delle poderose riviste straniere: salvo poche eccezioni, un tritume di giornalucoli dall'abito tisico, che nascono e muoiono nel giro di pochi anni, mentre altri ne pullulano incessantemente e portano con sè nascendo la medesima sorte, e colla morte precoce travolgono nell'oblio sempiterno quel poco che misero alla luce.

L'unificazione di tutti questi piccoli rivoli dispersi sarebbe già un grande progresso, di modo che si salvassero dal disperdimento tante nostre fatiche. Perchè ciò che sopravvive nelle bibliografie correnti non è che una frazione di ciò che si produce. È stupefacente di fatti nel nostro campo il vedere la quantità di pubblicazioni che i più ignorati autori presentano ai concorsi universitari, a quelli di primariato e perfino a qualche buona condotta. I Commissari vedono arrivare cataste di pacchi dalle quali saltano fuori centinaia e centinaia di « estratti » da periodici che nessuno legge e voluminose monografie stampate privatamente, senza editore, in poche copie, introvabili e ignote del tutto al mondo degli studiosi.

Quale immenso spreco di lavoro e di danaro! Perchè non disciplinare con un sano indirizzo editoriale e scientifico tutte queste forze produttive e dirigerle ad un risultato concreto?

Molto lascia spesso a desiderare il contenuto di codeste pubblicazioni. L'argomento studiato è per lo più di scarso interesse e il modo incompleto onde è trattato lascia il tempo che trova. Manca la fede nel proprio obbiettivo e si stampa pei concorsi non per la scienza.

Grosse monografie riassuntive, che pur sono di grande aiuto agli studiosi oggidì, sono talvolta poderose e pregevoli fatiche; ma sono di difficile acquisto, non penetrano nel commercio librario, non hanno nè editore nè prezzo di copertina e, perchè privi di indici analitici e sintetici, sono di impossibile maneggio. Si sente che l'autore ha la persuasione che l'opera sua, stampata alla macchia e in copie limitatissime, non servirà a nessuno: servirà al concorso o alla docenza.

Per verità la Commissione di Modena si è preoccupata più ancora del contenuto di tante povere e quasi inutili pubblicazioni; ed ha voluto dire ai giovani che, poichè si accingono al duro còmpito della ricerca scientifica, occorre che fin dall'inizio, coll'ardimento proprio dell'età, alzino la mente coraggiosamente ai grandi problemi e non si trastullino con numeri e tabelle riguardanti que-

stioni minute di nessun interesse reale. Tutto può essere misurato e catalogato con un esterno camice scientifico, ma ciò che serve e ciò che resta è quel che si riannoda direttamente ai grandi problemi.

Non è vero che per contribuire alle grandi questioni si domandino forze maggiori e diverse da quelle che si impiegano nelle minute quisquiglie. Lavorare bene è sempre difficile: non è meglio lavorare sulle grandi strade maestre che non nei viottoli perduti? Il rendimento è sempre molto maggiore e più sicuro.

D'altra parte si deve anche sapere che qualsiasi lavoratore della scienza può trovarsi dinnanzi a risultati nulli e *deve rassegnarsi alla disciplina del silenzio*. Far gemere egualmente i torchi per accumulare carta stampata, *costituisce per le Commissioni di concorso titolo di demerito*. Ogni pubblicazione, fosse la più modesta, deve avere in sè la sua giustificazione piena e rigorosa.

Noi che oggi siamo chiamati a giudicare, siamo stati giudicati quando prevalevano tutt'altri indirizzi di quelli che oggi sono patrocinati dalla Commissione di Modena!

L'ambiente scientifico era ancora in formazione e ci si preoccupava sopra tutto della conoscenza del tecnicismo. Si stampava non per dir cose nuove ma per dimostrare che si sapeva maneggiare un tamburo di Marey o un contaglobuli di Thoma-Zeiss. Lavori quindi su tutti i campi del tecnicismo, cultura estensiva, ingenua e inconcludente. Se taluno si approfondiva in un campo determinato, era giudicato non per ciò che aveva fatto, ma per ciò che non aveva potuto fare negli altri campi. Ogni lavoro riassuntivo o trattatistico era titolo di demerito pei giovani. Bisognava *passeggiare* pei campi fioriti della scienza, non vangare nè dissodare.

Questo pernicioso orientamento è tempo che cessi. Il tecnicismo non è fine a sè stesso. Il ricercatore deve proporsi un obbiettivo importante e preciso e non badare agli anni che si domandano per raggiungerlo, e tutto concentrarsi in quell'obbiettivo e prenderne possesso con tutti i mezzi, da tutte le parti.

L'interesse collettivo della scienza non sta nella versatilità dei lavoratori, ma nel numero delle conquiste positive e sicure fatte da ognuno di essi. Sta nell'avere per ogni argomento un competente cultore da consultare, che abbia su certe questioni una sicura esperienza personale.

I danni della specializzazione, tante volte e giustamente lamentati, non derivano dal *lavorare* circoscritto: per approfondire bisogna circoscrivere necessariamente. I danni della specializzazione derivano dalla *cultura* troppo specializzata. La mente deve essere in possesso di larghi orizzonti: deve conoscere la posizione, direi, geografica del proprio piccolo territorio di ricerca in mezzo al tutto. Questo basta per dare alle cose il loro peso relativo e questo si riconosce d'un subito in ogni lavoro, per circoscritto che sia l'argomento trattato. Dunque *cultura larga e lavoro circoscritto*. Circoscritto, paziente, tenace, profondo per anni, per decenni, cogli occhi sempre fissi alla verità che si perseguita ma che si nasconde e si dilata e si disperde in profondità.

La cultura larga deve essere provata da opere trattatistiche. Ciò che non entra nei trattati è quasi tutto perduto per la scienza. Il trattato è l'edificio e solo la «costruzione» è scienza. Costruire bisogna, man mano che il materiale si accumula: esso deve avere il suo posto preciso nel tutto e dal tutto derivare la sua importanza e il suo preciso significato.

Non avremo mai una scienza italiana se non ci daremo con grande lena ad opere di costruzione italiane. Le nostre generazioni di medici pratici si formano ancor oggi sulle traduzioni di trattati stranieri. Non è questa una grande vergogna? Come farci valere presso gli stranieri e presso noi stessi se gli stranieri ignorano del tutto le cose nostre e diffondono fra noi una *forma mentis* antinazionale? Io non so se sia peggiore il protettorato politico o il protettorato culturale.

Troppo sono state svalutate e per tanti anni le opere trattatistiche negli ambienti scientifici italiani, troppo si sono sconsigliati i giovani da queste vie. Fatica grossa è il trattato, che non offre in Italia neppure compensi economici degni di questo nome, che possano giustificare l'immane lavoro. Solo i giovani han le membra robuste per portarne il peso agevolmente e, diciamo, per amor della gloria. Guardiamo all'estero: non si bada all'età nell'affidare opere compilative per collaborazione. E non mancano esempi di autori giovanissimi che hanno scritto trattati fortunatissimi: ve n'è dovunque.

Certi pudori, come quello della «lunga esperienza» necessaria ad affrontare l'impresa, sono fatti apposta per generare la sterilità: così i trattati non son fatti dai giovani perchè troppo giovani, e non son fatti dai vecchi professori, carichi di esperienza, ma consumati dall'autocritica, affaticati da mille e diversi impegni e oramai schivi dall'affrontare l'imponente fatica.

Bisognerà pur tenere una via di mezzo e risolvere il problema.

Perciò la Commissione di Modena ha incoraggiato francamente i giovani alla produzione trattatistica. La quale, ben s'intende, non deve essere improvvisata, ma deve essere preparata di lunga lena con una esperienza personale di alcuni anni in quel campo e d'altra parte non deve tutto domandare a cotesta esperienza personale — il che sarebbe un altro male — ma molto all'esperienza altrui, all'esperienza di tutti, sparsa nella stampa periodica di tutto il mondo e bisognevole di essere raccolta e organizzata continuamente.

Non facciamo che per amore del meglio non si abbia neppure il buono.

*
* *

Finalmente la Commissione ha tenuto *a definire la produzione clinica* e a differenziarla da quella della patologia speciale.

E qui si ritorna al punto sostanziale della scelta del tema di lavoro.

Bisogna salvare la Clinica dalla eccessiva tendenza teoretica che ha assunto da noi. Bisogna rivalorizzare, nobilitare, esaltare la importanza dei lavori di indole pratica. I nostri Congressi di Medicina Interna non sono congressi clinici: sono congressi di patologia teoretica e sperimentale. Vi si agitano quasi esclusivamente le grandi questioni eziologiche e patogenetiche. La tenace ricerca del sintoma, il largo controllo statistico del suo valore, l'importanza che esso assume nella diagnosi, i problemi terapeutici, la collaborazione colle maggiori industrie per la produzione di nuovi prodotti curativi, paiono, nell'atmosfera dei nostri congressi, abbassarne il tono scientifico e portarci in una aria bassa e irrespirabile. Se i maggiori maestri assumono le relazioni, gli è per impostare delle grandi questioni patogenetiche e risolverle non sulla base di una larga statistica clinica personale, ma colla dotta conoscenza della patologia sperimentale e speciale internazionale.

Noi giriamo intorno alla clinica, ma non siamo nella clinica. La gloriosa scuola neurologica di Parigi, che ripete l'indirizzo e l'impulso ancor oggi dell'immortale genio clinico dello Charcot, ci dovrebbe servire di esempio. Là domina realmente l'intento clinico applicativo: là è la ricerca incessante, direi febbrile, dei segni e la ricerca incessante dei mezzi terapeutici.

La clinica è biologia, ma il nostro contributo alla biologia umana deve sorgere dal terreno dell'osservazione clinica, sfruttato al massimo grado. E c'è tanto da vedere, da osservare, perchè guardiamo da secoli e tutti i giorni ci accorgiamo che non avevamo veduto.

Non vogliamo essere fraintesi: senza anatomia patologica e senza patologia sperimentale, senza microscopia e senza chimica, non si fa della clinica. Ma bisogna dir alto che *il terreno specifico della Clinica è il rilievo dei sintomi* che presenta l'uomo ammalato quando lo si osserva nelle sue funzioni più o meno alterate. Se non siamo noi ad adempiere a questo còmpito, chi dunque vi adempierà?

I malati sono sempre troppo poco studiati al loro letto. Se di ogni fenomeno rilevato vogliamo renderci una profonda ragione, vediamo che la variabilità dello stesso fenomeno nei vari individui, ci illumina straordinariamente sulla natura di esso.

Questo è realmente il terreno nostro specifico, e invece di coltivarlo con grande attenzione e scrupolo e precisione e avarissimo intento raccoglitore, sorvoliamo su questi tesori di verità che gettano fasci di luce, di *vera luce* improvvisa su tanti problemi generali frantumati e svisati e affaticati nei laboratorî sperimentali, sorvoliamo, dico, con aria superficiale e con quella *suffisance* caratteristica di chi è convinto che il segreto sta nel microscopio e nella provetta.

Certo la formula leucocitaria e il bacillo di Koch nell'escreato hanno la loro immensa importanza. Ma chi viene in Clinica *solo* per studiare le granulazioni dei globuli bianchi o l'eliminazione dell'urea in svariate contingenze morbose, non fa della clinica vera. Per soddisfare codeste tendenze scientifiche rispettabilissime, utilissime, lodevolissime, ma unilaterali, ma nella loro radice — come tendenza dello spirito — teoriche, non si viene in una Clinica, si va nei laboratorî di microscopia, di patologia generale, di chimica biologica.

È l'*abito mentale del Clinico* che deve saltar fuori dalla produzione che esigiamo nei concorsi per Clinica, quell'abito che hanno avuto in sommo grado in Italia i più grandi clinici e che si smarrisce nella nuovissima generazione.

Bisogna esaltare la dignità, la fecondità, la sanità dell'indirizzo applicativo. Esso è stato il centro vitale della universale Medicina nei secoli. La scelta dei problemi di studio, fatta sotto l'angolo visuale della loro applicazione pratica, porterà altresì il ricercatore sul terreno vitale dei grandi problemi scientifici. Il contatto col malato sarà mai sempre una grande cura risanatrice per tutti gli operai della Medicina, dall'anatomico puro al patologo generale.

Quante sterili fatiche evitate, quante idee risanate, quanti orizzonti nuovi squarciati!

Ecco pertanto, nella loro forma originale, stralciati dalla Relazione Ufficiale, i criteri generali enunciati dalla Commissione per il Concorso alla Clinica Medica di Modena (ottobre 1926).

I. — Severo tirocinio iniziale in Istituti di anatomia patologica o di patologia generale o di chimica biologica o in altri affini, che rappresenti una preparazione veramente solida alla Clinica.

II. — Lungo tirocinio in Istituti di patologia sperimentale o di Clinica Medica, che garantiscano il possesso di una annosa esperienza pratica, per sua natura fatalmente lenta ad acquisirsi.

III. — La scelta degli argomenti di studio deve avvenire per problemi che abbiano una larga importanza, affrontati e approfonditi con ripetute serie di indagini intorno al medesimo problema fondamentale.

IV. — Deve risultare dalle pubblicazioni un contenuto veramente nuovo, così che si realizzi effettivamente un passo innanzi nella conoscenza.

V. — La produzione può riguardare sia le materie preparatorie che problemi di patologia umana di interesse solo teoretico. Ma non potrà mancare un forte corredo di produzione strettamente clinica, che coroni l'opera scientifica del candidato e che quindi si svolga nel campo pratico-applicativo della sintomatologia, della diagnostica e della terapia.

E a maggior chiarezza si afferma che non lo studio di qualsiasi problema offerto dall'uomo ammalato tocca la Clinica nella sua essenza, ma bensì lo studio di quei problemi scientifici che hanno un interesse pratico. Tutto ciò, di cui al momento attuale non si vede la possibilità della utilizzazione pratica, rimane di sua natura teoretico, e quindi non appartiene in proprio alla Clinica, ma alla patologia. Il Clinico deve avere

larga preparazione teoretica, per derivarne a vantaggio della clinica sempre nuove applicazioni pratiche, ma la Commissione afferma altresì, che il precoce obbiettivo applicativo forma la mentalità clinica e giova alla stessa produzione teoretica dei candidati, in quanto li salva da orientazioni che sono molte volte sterili e senza importanza.

VI. — Grande peso deve essere assegnato ad opere trattatistiche di polso con impronta personale e a sintesi originale di complessi problemi clinici.

VII. — Si esige infine rigorosa severità di metodo scientifico e conclusioni prudenti su larghe e sicure indagini e ragionamenti.

Micheli, Zoia, Ceconi, Centanni, Viola.

* * *

Nello svolgimento dei concorsi di Clinica Medica una lezione clinica, liberamente preparata, sopra un caso pratico, dovrebbe sempre, secondo il Clinico di Firenze, integrare la valutazione dei titoli. E a questa proposta possiamo tutti sottoscrivere e la legge attuale la consente.

Bologna, 20 dicembre 1926.

Prof. GIACINTO VIOLA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico - Chirurgica degli Ospedali Abruzzesi.

Seduta del 29 agosto 1926.

Presidenza: prof. A. MATTOLI, presidente.

Calcolosi biliare.

Prof. GIULIO NATALI (Relatore). — L'O., dopo avere premessa la constatazione della grande frequenza della malattia in Abruzzo, specie nelle classi disagiate, espone le varie classificazioni dei calcoli sia sotto l'aspetto fisico che sotto l'aspetto chimico, e le varie teorie che sono state invocate per spiegarne la genesi; indi passa ad esporre la sintomatologia della calcolosi biliare, ricordando che, accanto alla forma classica, figurano assai frequentemente le forme atipiche, fra cui la forma pseudogastralgica, l'enteralgica, la febbrile, l'anemica. Ricorda inoltre che altre affezioni, quali l'ulcera duodenale, la sifilide del fegato, l'atrofia subacuta, la cisti da echinococco, possono, durante il loro decorso, presentare attacchi dolorosi in tutto simili alle coliche biliari, e che possono anche aversi coliche puramente nervose.

Espone quindi i mezzi che sono stati applicati per diagnosticare la vera origine di una colica biliare, e cioè la ricerca ed il comportamento della bilirubina e della colesterina nel sangue, affermando l'importanza dell'esame radiologico sia per i segni indiretti sia per mezzo della colecistografia secondo il metodo americano, e specie l'importanza del sondaggio duodenale colla prova MELTZER-LYON.

Dopo aver parlato delle complicazioni delle calcolosi sia intra-epatiche che extra-epatiche, passa ad esporre la terapia, la quale sarà varia a seconda dei momenti in cui il medico verrà chiamato a prestare l'opera sua. La cura sarà sintomatica durante l'attacco, astenendosi dal somministrare le acque minerali od i colagoghi, che saranno invece assai utili a distanza dall'attacco.

Nei riguardi dell'intervento chirurgico l'O. crede che un primo attacco di colica non deve in genere decidere all'operazione; se però durante l'attacco stesso insorgono segni di pancreatite acuta o di peritonite da perforazione, verrà fatto praticare l'intervento d'urgenza. Nei casi in cui si presenteranno attacchi colici intermittentemente, ma senza complicazioni flogistiche, sebbene il precetto sia di tentare le cure mediche, l'O. ritiene che il tentativo di cura debba essere sperimentato per un periodo di tempo minimo, non potendosi mai stabilire *a priori* se ad uno degli attacchi non susseguiranno complicazioni che costringeranno a consegnare al chirurgo un ammalato profondamente defedato ed in cui l'intervento operatorio non avrà che scarse probabilità di risultato; tali considerazioni valgono anche per i casi con complicazione di colecistite acuta sierosa. La colecistite siero-purulenta e la colecistite gangrenosa vanno sempre operate; così pure l'empiema cronico. Anche per l'idrope cronico, ancorchè non dia disturbi, l'O. è incline all'intervento per evitare complicazioni non prevedibili.

Nelle occlusioni acute del coledoco gli AA. sono concordi nel consigliare di non operare subito, potendosi attendere secondo KEHR 3 mesi e secondo CHAUFFARD 1 mese e ½. Anche in questi casi l'O. è d'avviso che non ci si debba praticamente attenere a delle cifre; a decidere sulla precocità o meno dell'intervento varranno l'intensità e la fissità dell'ittero, il dimagramento, l'entità della febbre.

Nei casi con pancreatite cronica, specie della testa del pancreas, ed allorquando essa diventi causa d'itterizia, è conveniente far operare.

L'O. termina coll'affermazione che, anche dopo l'intervento, il còmpito del medico non è esaurito, poichè, dettando opportune norme, difenderà il paziente da eventuali recidive.

Prof. SILVIO PORTA (relatore). — L'O. dichiara di voler discutere del così detto « limite fra la cura medica e quella chirurgica della calcolosi biliare ».

Sulla scorta delle statistiche fornite dai chirurghi degli Ospedali di Aquila, Avezzano, Chieti, Sulmona e Teramo dimostra come l'evoluzione anatomopatologica della calcolosi biliare smentisca coloro che credono di poter trovare una sicura base di accordo nella esatta conoscenza delle manifestazioni cliniche delle malattie ad onta di tutti i progressi della diagnostica.

I medici che seguono l'opera della chirurgia nelle camere operatorie diventano i più assoluti interventisti.

Ritiene che nella cura chirurgica della calcolosi biliare non vi sieno indicazioni assolute o relative; ma sempre indicazioni assolute o nell'urgenza o nella necessità, e che parlare di indicazioni relative significa solo dare ai medici un'apparenza di consiglio.

Tratta quindi dei diversi interventi chirurgici e conclude col ritenere che la calcolosi biliare è in patologia un circolo vizioso che non può essere stroncato che dal bisturi.

Anomalie e plastiche delle vie biliari.

Prof. S. MARINACCI. — L'O. parla delle principali anomalie delle vie biliari, indispensabili a conoscersi per ogni chirurgo. Accenna alle anomalie della irrorazione epatica, mettendone in evidenza la importanza nei riguardi della chirurgia delle vie biliari.

Tratta poi della *plastica* delle vie biliari medesime, ricordando i lavori esistenti sull'argomento, ed esponendo i processi proposti per la ricostituzione del dotto epatico e del coledoco.

Il tempo di emorragia negli epatici.

Dott. ANTONIO MERLINI. — L'O. ha ricercato il T. e. col metodo di DUKE su 15 normali e 21 epatopazienti (4 itteri catarrali, 3 cirrosi atrofiche, 1 cirrosi ipertrofica, 2 cisti da echinococco, 5 colecistiti, 2 fegati da stasi, 2 cancri del fegato, 1 ittero cronico da compressione t. della testa del pancreas e 1 cancro della cistifellea).

Il T. e. oscillò sempre nei limiti di tempo normali (2^1-4^1); tranne nei casi di ittero catarrale, di colecistite con ittero e di cisti da chinococco in cui si mostrò lievemente prolungata (massimo 7 —). Più che di prolungamento si trattava di un perturbamento del ritmo del T. e., indice di instabilità del sangue e producentesi con oscillazioni quotidiane della durata dell'emorragia.

L'O. non crede di potere attribuire un grande valore clinico pratico alla ricerca del T. e. negli epatici, e sopratutto non concorda con quegli AA. che sostengono potersi i piccoli segni dell'insufficienza emocrasica del fegato, sintetizzare e tradurre tutti clinicamente col tempo di emorragia.

Contributo clinico alla chirurgia della calcolosi biliare.

Prof. A. MATTOLI. — L'argomento della calcolosi biliare è sempre di grande attualità. Malgrado le larghe discussioni dei congressi argentino e tedesco (1922) e delle Società Italiane di Medicina e di Chirurgia (1923), non si può dire, fino ad oggi, raggiunto l'accordo fra medici e chirurghi sui *criteri di operabilità* e, di fronte agli interventionisti ad oltranza, stanno ancora schierati i temporeggiatori ostinati.

L'O. si compiace pertanto che, nella discussione odierna, i due relatori, medico e chirurgo, si siano trovati d'accordo nelle conclusioni, e trova affatto naturale che il collega NATALI sia stato portato a modificare profondamente le sue opinioni, dopo che ha avuto campo di assistere a numerosi interventi sulle vie biliari, constatando le lesioni anatomo-patologiche, aggravate spesso da una attesa ingiustificata, ed i successi clinici definitivi ottenuti dal chirurgo.

Senza intrattenersi su quelle che sono ormai riconosciute da tutti *indicazioni assolute* all'intervento chirurgico (colecistiti acute gravi, pericistite purulenta, idrope ed empiema della cistifellea, occlusione cronica del coledoco, ecc.), l'O. sostiene che anche il gruppo delle *colecistiti croniche recidivanti e ribelli*, debba essere considerata, nella massima parte dei casi, di spettanza chirurgica, quando si pensi che i pazienti risentono danni ben più gravi dal prolungarsi della malattia che, oltre alle sofferenze, determina spesso una limitazione notevole della loro attività, mentre l'intervento chirurgico, di fronte ad una cifra minima di rischio immediato, dà la certezza quasi assoluta di una guarigione definitiva.

L'O. riferisce infine i risultati ottenuti in 44 casi, da lui operati nell'Ospedale di Chieti, con due soli casi di morte.

Frenicoexeresi e tubercolosi polmonare.

Prof. RAFFAELE PAOLUCCI. — L'O. riferisce su 10 casi di frenicoexeresi, praticate anche quando la lesione non era solamente basale ma di diverse entità ed in diverso periodo evolutivo, con o senza aderenze pleuriche. Talvolta ha praticato la frenicoexeresi anche in casi nei quali, oltre lesione prevalente di un lobo, v'era lesione appena iniziale dell'altro, per controllare se la immobilizzazione relativa da un lato non portasse ad una più rapida evoluzione il processo tubercolare nel polmone non trattato.

In tutti i suoi operati, ad eccezione di uno nel quale la frenicoexeresi fu incompleta, ha notato miglioramento delle condizioni generali, aumento di peso, scomparsa dell'emottisi, scomparsa o diminuzione della febbre e dei bacilli nello sputo. È necessario decorra ancora del tempo per un più preciso giudizio, risalendo appena ad un anno le sue osservazioni.

Il comportamento del vomito dopo frenicoexeresi o frenicoalcoolizzazione emi- e bilaterale.

Dott. ANTONIO MERLINI. — L'O. descrive le sue esperienze eseguite per confermare o meno la funzione del n. frenico e per esso del diaframma nell'atto del vomito. Gli animali scelti furono i cani, nei quali si provocava artificialmente il vomito, con emetici diretti (apomorfina) e indiretti (tartaro stibiato); dopo un pasto di composizione costante (pane bigio e acqua).

Il vomito si presentò con ritardo, ma si presentò sempre: il ritardo oscillò da un minimo di n. 7^1 ad un massimo di 40^1, mantenendosi maggiore per i casi con intervento bilaterale, e senza sensibile differenze per il tipo di emetico usato, nè per il lato operato nei casi di intervento monolaterale.

La frenicoalcoolizzazione, agli effetti funzionali, si comporta in modo sostanzialmente eguale alla frenicoexeresi.

Le esperienze, senza menomare l'importanza del diaframma come muscolo principale del vomito, confermano quanto oggi è generalmente am-

messo, che cioè all'atto del vomito partecipano anche, in varia misura, gli altri muscoli del torchio addominale, e quelli propri della parete gastrica.

Influenza della resezione dei rami comunicanti 10ª, 11ª, 12ª, 13ª dorsali e 1ª lombare sulle modificazioni che la eccitazione del plesso mesenterico superiore determinano sulla pressione arteriosa del sangue nel cane e sulla sensazione dolorosa che accompagna la stimolazione del plesso celiaco medesimo.

Dott. P. PANNELLA. — L'O. dopo aver descritto i metodi di ricerche adoperati e i risultati ottenuti, conclude:

1) La stimolazione del plesso celiaco e del plesso mesenterico provoca un elevamento della pressione arteriosa che non viene più raggiunto dopo la resezione dei rami comunicanti.

2) Durante la resezione dei rami comunicanti da ciascun lato, l'animale dà segni di dolore, rilevati, dalla spiccata agitazione e dalle contrazioni muscolari diffuse.

3) La pressione arteriosa durante la resezione dei rami comunicanti subisce profonde modificazioni, che variano a seconda del suo livello primitivo. Se al momento della resezione dei rami comunicanti la pressione arteriosa è elevata essa subisce un profondo abbassamento, rielevandosi poi soltanto parzialmente, ma rimanendo ad una altezza molto inferiore alla precedente; a quell'altezza che spontaneamente raggiunge sempre più presto o più tardi, dopo l'inizio della respirazione artificiale. Se al momento della resezione dei rami comunicanti la pressione arteriosa si è già spontaneamente abbassata, durante la resezione stessa si ha un ulteriore abbassamento ed un successivo innalzamento, senza che però si raggiunga il livello precedente.

4) Mentre la eccitazione del nervo grande splancnico integro determina aumento della pressione arteriosa di oltre 50 mm. di mercurio, e quella del momento della pressione arteriosa di oltre 30 mm. di Hg., la eccitazione dello stesso moncone prossimale, quando siano stati recisi dallo stesso lato anche i rami comunicanti 10ª, 11ª, 12ª, 13ª dorsale e 1ª lombare, rimane senza effetto.

5) La eccitazione del tratto del cordone simpatico, cui si innestano i rami comunicanti 10ª, 11ª, 12ª dorsale dopo che il cordone stesso è stato reciso prossimalmente dopo il 10° ramo comunicante d. e distalmente sopra la origine del n. grande splancnico, provoca elevazione leggera (circa 15-20 mm. di Hg.) ma evidente e tipica della pressione arteriosa. Tale modificazione della pressione arteriosa manca se si stimola la parete dell'aorta.

6) Mentre la eccitazione del plesso celiaco eseguita in cani con addome e diaframma aperti ed assoggettati a respirazione artificiale, oltre la elevazione della pressione arteriosa determina, probabilmente per un vivo dolore, agitazione spiccata e contrazione spiccata e contrazioni muscolari diffuse, accompagnati da notevoli movimenti del torace; la stessa stimolazione, eseguita nelle stesse condizioni, dopo il taglio bilaterale dei rami comunicanti 10ª, 11ª, 12ª, 13ª d. dà ancora elevazione della pressione arteriosa, ma non gli altri fenomeni.

Effetti della narcosi sopra le modificazioni che la eccitazione del plesso celiaco determina sulla pressione arteriosa del sangue del cane.

Dott. P. PANNELLA. — L'O. dopo aver descritto brevemente i metodi di ricerca adoperati e i risultati ottenuti, conclude:

1) La eccitazione del plesso celiaco, eseguita in cani svegli provoca dolori intensi, rivelati dalla estrema agitazione e dalle speciali contrazioni muscolari diffuse nell'animale. Essa dà luogo inoltre nella pressione arteriosa ad una elevazione progressiva, la quale con una sufficiente intensità e durata dello stimolo può farsi anche notevole.

2) Tale aumento della pressione arteriosa è talora accompagnato da una modificazione del ritmo dei battiti cardiaci, i quali si fanno più rari, e da un aumento spiccato della pressione differenziale.

3) Gli effetti sull'altezza della pressione sono presso a poco proporzionali alla intensità ed alla durata dello stimolo, quando esso non oltrepassi un determinato limite. Essi sono evidenti specialmente quando la pressione arteriosa si è abbassata spiccatamente in seguito a qualche intervento operatorio.

4) La recisione dei nervi grandi splancnici, eseguita dopo l'apertura del diaframma, nel cane assoggettato a respirazione artificiale, non modifica i risultati dell'eccitazione del plesso celiaco e del plesso mesenterico superiore nel cane sveglio.

5) Neppure il taglio dei nervi grandi splancnici, accompagnato dal taglio dei nervi vaghi al collo, modifica gli effetti della stimolazione del plesso celiaco o del plesso mesenterico superiore nel cane sveglio.

6) Nel cane in cui si sia provocata la narcosi profonda con etere o con miscela di S. E. C. la stimolazione del plesso celiaco rimane senza effetto sulla pressione arteriosa.

7) La eccitazione del plesso mesenterico superiore determina presso a poco gli stessi fatti, tanto nel cane sveglio quanto nel cane in narcosi, che sono stati descritti per la stimolazione del plesso celiaco.

8) Quando durante la narcosi profonda dell'animale, la eccitazione del plesso celiaco e del plesso mesenterico superiore, rimangono senza effetto, la iniezione endovenosa di 0,25-0,50 cc. di soluzione di adrenalina al millesimo, determina ancora la tipica elevazione della pressione arteriosa.

9) Il taglio al collo dei nervi vaghi non modifica i risultati delle ecitazioni eseguite nelle condizioni sopradette salvo, forse, una maggiore elevazione della pressione arteriosa con una minore pressione differenziale.

Dott. V. ROSSONI.

Società Italiana di Biologia Sperimentale Sezione di Messina.

Seduta del 13 dicembre 1926.

Presidenza: prof. CIACCIO, presidente.

Alcune osservazioni sulla funzione dei centri corticali sensitivo-motori del gatto.

G. AMANTEA e S. GLIOZZI. — Anche nel gatto l'applicazione di un dischetto di carta bibula da mm. 2 di diametro su un determinato centro, determina iperestesia di una determinata area cutanea periferica, che precede e poi accompagna il caratteristico clono del gruppo muscolare corrispondente al centro stricninizzato.

La crisi leucopenica per la diagnosi della gravidanza.

S. CAPPELLANI. — L'O. partendo da alcune ricerche del D'Amato sulla crisi emoclasica tubercolinica, ha istituito delle ricerche allo scopo di utilizzare la reazione leucopenica come diagnosi biologica di gravidanza. Come sostanze ha adoperato: l'estratto placentare, il siero di sangue del funicolo (tralcio placentare e tralcio fetale), l'estratto idroalcoolico di cancro, il Caseal calcico, l'Hemostil Roussel, il siero antistreptococcico, una soluzione di albumose 1 ‰. Fra queste sostanze quelle che hanno dato una reazione leucopenica in una percentuale elevata sono: l'estratto placentare, il siero di sangue del funicolo e più di tutte quello del tralcio fetale. Delle altre sostanze alcune non danno reazioni ed altre la danno in una percentuale molto bassa.

L'O. si riserva di estendere le ricerche e di entrare meglio nella questione.

Comportamento del tasso glicemico in seguito all'introduzione per via parenterale di nucleinato di sodio.

G. CASTORINA. — Il nucleinato di sodio determina, come altri mezzi adoperati nella terapia aspecifica, una netta per quanto variabile individualmente iperglicemia che raggiunge l'acme per lo più dopo 90' per poi discendere in alcuni casi anche al disotto del tasso iniziale.

Azione dei vari zuccheri introdotti nello stomaco sul tasso glicemico con speciale riguardo al comportamento paradossale di miscele di destrosio con alcuni disaccaridi e col fruttosio.

C. CIACCIO e S. RACCHIUSA. — Gli OO. comunicano i risultati di due serie di ricerche: 1) l'influenza di varie specie di zuccheri sulla glicemia; 2) l'azione inibente di alcuni zuccheri sulla iperglicemia da glucosio. Nella prima serie di ricerche, analogamente ad altri ricercatori, dimostrano che il destrosio ed il galattosio determinano iperglicemia costante e molto più spiccata di quella determinata dal fruttosio e dai disaccaridi.

Nella seconda serie di ricerche mettono in evidenza un fenomeno paradossale per cui il levulosio, i disaccaridi e specialmente il saccarosio somministrati contemporaneamente al destrosio sarebbero capaci di inibire l'iperglicemia del destrosio, dando dei valori glicemici di molto inferiori a quelli determinati dal solo destrosio e quasi uguali a quello dello zucchero aggiunto, sebbene la quantità complessiva fosse doppia.

Reazione leucocitaria specifica nella tubercolosi in seguito ad iniezione sottocutanea di piccolissime dosi di tubercolina libera di albumose.

C. CIACCIO e G. TRIMARCHI. — Gli OO. dimostrano che la reazione leucocitaria determinata nei tubercolotici dalla tubercolina Koch e rispettivamente dell'albumose è completamente diversa da quella determinata dalla tubercolina senza albumose.

Sulla chemioterapia della infezione melitense.

G. IZAR e G. MASTROIENI. — Con esperienze condotte in vitro gli OO. mettono in evidenza: 1) che la gonacrina e la triplaflavina spiegano azione inibente e battericida sul micrococco di Bruce assai spiccata; 2) che tale azione viene esaltata dall'aggiunta di siero umano normale e forse ancora di più dall'aggiunta di siero immune; 3) che l'irradiazione per 25' di una soluzione di questi preparati, ne esalta il potere inibente e battericida; 4) che mentre l'aggiunta di solfato di potassio e di cromo lascia invariato il potere battericida dei composti di acridina, l'aggiunta di solfato di alluminio e di potassio spiega azione inibente.

C. SCORDIA. — *Esperienze intorno all'azione di acqua anisotonica su di un mollusco marino.*

C. SCORDIA. — *Resistenza alla concentrazione salina di alcuni organismi marini.*

Reazione leucocitaria nel cane per influenza della contenzione.

G. SOLARINO. — Istituendo delle ricerche sistematiche, ha visto che in cani digiuni da 24 ore non sottoposti a nessun trattamento e legati anche per sole 3-4 ore all'apparecchio di contenzione si determina una leucocitosi molto intensa che presenta un aumento che rispetto ai valori che si hanno prima di legare l'animale all'apparecchio in media è di 14.050 leucociti.

Reazione leucocitaria in seguito all'ingestione di acqua.

G. SOLARINO. — Sia negli uomini che nei cani somministrando a digiuno 500 cc. di acqua di fonte, si verifica una reazione leucocitaria caratterizzata da spiccata leucocitosi preceduta nella maggior parte dei casi da leucopenia.

Comportamento del tasso glicemico in seguito all'introduzione parenterale di gelatina.

B. SPATOLISANO. — L'introduzione sia per via endoperitoneale che endovasale, determina costantemente una netta iperglicemia, che raggiunge l'acme dopo 60'-90' per ritornare gradatamente ai valori iniziali o anche al disotto.

L'iperglicemia si manifesta ugualmente, raggiungendo valori pressocchè uguali, sia iniettando gelatina neutralizzata o non al tornasole, sia iniettando gelatina priva o quasi di ioni metallici preparata secondo il processo di J. Loeb.

Dott. RACCHIUSA, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sepsi generale consecutiva all'estrazione dei denti infetti.

La dottrina dell'infezione focale per cui si hanno fenomeni generali a punto di partenza dai denti infetti (da piorrea) è particolarmente diffusa agli Stati Uniti, dove per prevenire o guarire delle malattie generali (artrite ed altre) si estraggono i denti nelle bocche con piorrea e si sostituiscono con quelli artificiali.

G. Blumer però (*Boston med. a. surg. Journ.*, 11 febbraio 1926) richiama l'attenzione sulla possibilità che in seguito a tale estrazione si verifichino dei fenomeni infettivi gravi che possono anche condurre a morte col quadro di una setticemia generalizzata. Fra i casi citiamo sommariamente i seguenti: 1) estrazione di un dente per un ascesso della radice. Due giorni dopo, brivido, febbre, sudori e vomiti. Ne segue sonnolenza, delirio, eruzione cutanea, emaciazione progressiva e morte dopo poco più di un mese; 2) drenaggio di un ascesso radicale. Pochi giorni dopo lieve indisposizione seguita da brividi e sudori ricorrenti. Si stabilì un tipo di febbre settica, con graduale perdita di forze. Si manifestarono rumori cardiaci, eruzione cutanea a forma di petecchie; dal sangue fu isolato lo streptococco emolitico. Ne seguì uno stato di stupore ingravescente fino al coma ed alla morte. In un altro caso, dopo l'estrazione di parecchi denti con ascesso ed infezione apicale, si ebbe quasi immediatamente perdita di forze, vomito, prurito cutaneo, itterizia, inquietudine, scosse muscolari, stato di stupore e morte in convulsioni una diecina di giorni dopo l'estrazione. In questo caso preesisteva uno stato di ipertensione.

Gli esiti fatali consecutivi all'estrazione dei denti infetti possono essere: 1) estensione diretta del processo infiammatorio locale che può raggiungere il mediastino e dare la morte per tossiemia; 2) metastasi ai tessuti vicini, come accade nei casi di meningite o trombosi cerebrale consecutivi alla estrazione di denti; 3) setticemia generale o setticopiemia che può terminare: o in setticemia acuta, con o senza endocardite, o in setticemia cronica con processi degenerativi degli organi interni, o in setticopiemia prolungata con formazione di ascessi.

Nonostante le numerosissime estrazioni di denti anche infetti, tali complicazioni sono rare, ma non eccezionali, come si ritiene da taluno. È importante però che l'estrazione dei denti infetti non si faccia alla leggera e senza le necessarie considerazioni sui possibili pericoli. Specialmente cauti si sarà nei pazienti con diminuzione della resistenza generale, in cui si opererà nelle circostanze più favorevoli e con la tecnica più accurata. Sull'opportunità di far seguire il raschiamento all'estrazione, come si usa attualmente, i pareri non sono del tutto concordi. Ad ogni modo l'A. osserva che l'estrazione è già di per se stessa un trauma notevole a cui poco aggiunge il raschiamento, il quale poi facilita il drenaggio.

fil.

Sepsi dentale e setticemia.

Le malattie secondarie ad infezione focale dentaria possono aversi per ascessi della radice, per assorbimento dei processi alveolari della mascella con piorrea e per il tartaro dentario. In generale vi sono due tipi di affezioni causate da sepsi dentale e cioè: 1) condizioni apiretiche quali miosite, fibrosite, neurite, artrite, flebite, anemia e miastenia cardiaca; 2) condizioni piretiche quali infiammazioni acute della gola, artrite, bronco-pneumonite e setticemie.

E. Brockbank (*British med. Journ.* 1926, pag. 562) ritiene che in casi di malattie oscure debilitanti, si debba fare un esame radiologico dei denti e si debbano estrarre tutti quelli infetti.

fil.

Il pericolo di sepsi da lesioni delle labbra.

W. I. de C. Wheeler (*Surgery, Gynec. a. Obst.* ott. 1926) riporta l'esempio di quattro individui che, per una semplice ed apparentemente innocua lesione alle labbra, vennero a morte. In uno, l'individuo si era fatta una piccola abrasione nello sbarbarsi; ne seguì sepsi acuta generale; in un altro un piccolo antrace delle labbra era stato parzialmente aperto; si ebbe tromboflebite acuta che raggiunse il seno cavernoso. In un altro caso, la sepsi si sviluppò da un piccolo focolaio settico al mento.

Casi analoghi sono riportati da altri autori, fra cui Martin (*Medical Annual*, 1925) il quale mette in rilievo che la storia ne è quasi sempre stereotipata. Un piccolo foruncolo, che dura da un paio di giorni, viene punto e spremuto. La piccola ferita viene fatta od allargata con uno strumento ottuso; dopo ogni incisione lo stato peggiora. Il sangue, di fatto, viene eliminato soltanto parzialmente e quello che ristagna fornisce un eccellente mezzo di coltura per i germi; in tali condizioni la virulenza degli stafilococchi è esaltata al sommo grado. Peggio ancora se,

per favorire l'emostasi, si applica della garza la quale favorisce così il ristagno del sangue.

È invece consigliabile in tali casi di attendere più a lungo che sia possibile e, quando l'incisione diventa necessaria, evitare anzitutto l'anestesia locale, usare un bisturi affilatissimo e fare a meno di qualsiasi pressione o spremitura o dell'introduzione di strumenti ottusi per esplorare.

Vengono raccomandate le iniezioni di collosol manganese e di stock-vaccini. Localmente, è raccomandata l'applicazione della pasta al solfato di magnesio, oppure di una soluzione al 20-40 % dello stesso sale e, da alcuni, anche l'aspirazione alla Bier.

Si potrebbero anche tentare le iniezioni endovenose di mercurocromo.

L'elevata mortalità in questi casi è soprattutto dovuta alla compartecipazione del plesso venoso labiale. La diffusione dell'infezione è dovuta alle seguenti condizioni anatomiche; 1) la cute delle labbra è molto aderente ai sottostanti muscoli; 2) vi è poco o punto connettivo o grasso sotto la cute; 3) vi è un ricco plesso venoso superficiale e profondo in rapporto con i muscoli delle labbra; 4) il tronco venoso in cui questo svuota il suo contenuto sbocca liberamente nella vena facciale. Si stabilisce così facilmente la tromboflebite settica; il movimento ed il trauma aggiungono delle condizioni favorevoli perchè si sviluppi la gravissima complicazione.

fil.

TERAPIA.

Terre rare e tubercolosi.

Il nome di terre rare, dicono Grenet e Drouin (*Paris Médical* 1926 n. 22), si applica ad un gruppo chimico molto preciso, agli ossidi di alcuni metalli con proprietà fisiche e chimiche simili. Esse sono state divise in due gruppi: quello del cerium, lantanio, neodimio, praseodimio, samario; quello dell'ittrio, erbium, holminum, terbium, thulium, disprosium, neo-itterbium, scandium, lutetium, europium, gadolinium, celtium. Gli esperimenti nella tubercolosi polmonare sono stati fatti col gruppo del cerio, ma gli AA. non hanno utilizzato che il solfato del didimio. Frouin ne ha mostrato in vitro l'azione sul bacillo: Rénon Oddo, Hudelo, Rosenthal, Guérin, ed altri hanno constatato un certo miglioramento nei malati trattati. Intanto le terre rare sono controindicate nelle forme febbrili e relativamente controindicate nelle forme estese, multiple, antiche: le reazioni possono essere locali e generali, ma possono essere eliminate se si procede nella cura con prudenza, con dosi progressivamente elevate sospendendo il trattamento in presenza del minimo fenomeno reazionale. Il metodo è specialmente incoraggiante nelle forme locali: il miglioramento è assai rapido nelle tubercolosi ganglionari; buoni effetti si hanno nel lupus eritematoso e nei tuberculidi (statistiche di Hudelo ed Adelmann). Nel reumatismo tubercolare anche utili risultati sono stati notati da Pissavy, Oddo, Giraud, coxalgie, tumori bianchi del ginocchio, ascessi freddi costali. Qualche risultato è stato ottenuto nella tubercolosi genitale. Come era da prevedersi il metodo è stato tentato anche nella tubercolosi laringea: iniezione locale o intravenosa, con miglioramento, però nel periodo catarrale della lesione.

Per quanto riguarda la tubercolosi polmonare, le terre rare vanno giudicate con estrema prudenza: un miglioramento dello stato generale, del peso, dei segni fisici sono stati constatati. I risultati sono stati incoraggianti quando è stata associata la cura sanatoriale.

Gli AA., consigliano strettamente le iniezioni intravenose da due a quattro cc. di una soluzione al 2 %; iniezioni intramuscolari di una soluzione al due per mille in lipoidi fosforati; 15-20 iniezioni separate da intervalli di riposo di venti giorni. Saggiare la tolleranza dei malati cominciando con deboli dosi ed ogni due, tre giorni. Sospendere la cura in caso di elevazione termica marcata o di reazione locale. La via orale non è lusinghiera, abbenchè alcune soluzioni si mostrino ben tollerabili. L'applicazione locale è talora utile. I sali di terre rare possono essere in taluni casi attivi: non bisogna di certo parlare di cura specifica della tubercolosi: essa è una cura coadiuvante che in determinate condizioni può rendere utili servigi, ma non deve sostituire gli altri trattamenti di provata utilità.

MONTELEONE.

Trattamento del dolore e della disfagia della tubercolosi laringea con i raggi U. V.

C. Colbert e J. Chatard (*Journal des praticiens*, 7 agosto 1926) utilizzano una lampada Gallois dell'intensità di 3000 candele, a distanza di circa 50 cm., con un filtro di 5 cm. di diametro, che permette l'irradiazione delle facce anteriore ed esterna del collo, rimanendo il resto del corpo coperto. Il malato è coricato sul dorso, con la testa in leggera estensione e riceve il fascio luminoso perpendicolarmente.

Secondo lo stato più o meno congesto del laringe, si iniziano le sedute di 10-20-30 secondi in ragione di due per settimana. Malgrado queste dosi così deboli, si osserva fin dalle prime applicazioni un'azione delle più nette. La durata

totale del trattamento è varia ed è di circa 10 sedute nei casi più favorevoli.

In un solo malato fu necessario arrivare a 4 minuti per ottenere la sedazione completa del dolore tanto tenace da impedire il sonno, con deglutizione difficile della saliva.

L'elemento dolore è migliorato in modo quasi costante ed in parecchi casi scomparve completamente. Tutto questo senza arrivare mai all'eritema. Invece sembra nulla l'azione sulle lesioni laringee, in quanto che i raggi penetrano in modo insufficiente.

Anche nei grandi disfagici si potranno ottenere miglioramenti ed i raggi debbono trovare il loro posto accanto alla morfina per il trattamento di questa malattia.

fil.

Sulla terapia delle pleuriti sierofibrinose acute.

Il metodo preconizzato da Tramonti (*Ars Medica* di S. Paolo del Brasile, seduta 29 novembre 1926) ha essenzialmente di mira di facilitare notevolmente il riassorbimento del liquido e di addurre nel più breve tempo possibile la restitutio ad integrum.

L'A. usa a tale scopo lo iodio, non già come di consueto verso la seconda o terza settimana, ma fino dai primissimi giorni, sistematicamente per mezzo di iniezioni endomuscolari, associandovi eventualmente anche il piramidone, che aggiunge i suoi effetti analgesici ed antitermici.

Nei casi trattati, non vi è mai stato bisogno di ricorrere alla toracentesi, poichè il riassorbimento del liquido è stato rapido e completo.

In qualche caso, l'A. si è anche avvalso dell'autosieroterapia alla Gilbert (per promuovere una più rapida formazione di anticorpi ed aumentare il potere opsonico) e del cloruro di calcio per via orale. Alla fine del periodo acuto, poi, allo scopo di mobilitare tutte le difese biologiche dell'organismo, sottopone i pazienti ad irradiazioni di raggi ultravioletti.

fil.

SEMEIOTICA.

Clono del piede di origine pallidale e clono del piede piramidale.

La semeiologia del sistema extra piramidale và sempre più precisandosi: il clono falso del piede o tremore parkinsoniano è stato segnalato ma non bene studiato. La sua constatazione permette secondo Rouquier e Couretas (*Revue neurologique* n. 1, 1926) di affermare la dubbia organicità di una sindrome caratterizzata da tremore e leggera ipertonia statica con o senza bradicinesia. Il clono del piede si incontra raramente nei parkinsoniani: spesso è varietà del tremore che compare in certe condizioni. Talora è la conseguenza di lesioni piramidali associate. Il numero delle oscillazioni non è considerevole e la loro ampiezza è piccola. Il clono « vero », il più spesso è conseguenza di lesione piramidale; può essere di origine periferica, cioè traumatica o psiconeurotica, può essere di origine pallidale o pallido striata. Per distinguere l'uno dall'altro questi cloni, Babinski ricorda che il clono piramidale è regolare e si produce all'infuori di ogni contrazione volontaria dei muscoli del polpaccio. Per Babinski il falso clono è un fenomeno banale che si osserva in soggetti a sistema nervoso sano: però esso non è costante e le contrazioni volontarie lo facilitano. Secondo Guillain e Barré, Weir-Mitchell, il clono piramidale è provocato da contrazioni isolate del soleo, mentre i gemelli non vi partecipano.

Nel clono non piramidale la contrazione ed il rilasciamento avvengono contemporaneamente per il soleo e per i gemelli; il clono falso è impossibile a realizzarsi quando il p. viene messo in decubito ventrale con la gamba ad angolo retto sulla coscia. Souques nota che il vero clono può essere provocato in lesioni articolari o non, ma periferiche: egli ha constatato che trepidazione epilettoide ed esagerazione dei riflessi sono due fenomeni connessi originanti nei suoi malati da ipereccitabilità spinale da irritazione periferica con retrazione o contrazione del tricipite surale. Pierre Marie e Foix hanno dimostrato che il clono piramidale può essere inibito in modo incostante dai riflessi di difesa.

Molto meno è stato studiato il clono di origine pallidale o pallido striata: per Souques non esiste trepidazione nei parkinsoniani; M. Lemos dice di averlo messo in evidenza dopo iniezione di scopolamina; Froment e Delore dopo iniezione di joscina. L'elettromiografia ha permesso a Foix e Thévenard di notare che nel « falso clono parkinsoniano » non si tratta che di una modalità del tremore parkinsoniano. Gli AA. hanno analizzato i caratteri del clono pallidale in un certo numero di parkinsoniani postencefalitici, e ne notano come fatti distintivi: può essere regolare e ad oscillazioni di grande ampiezza come il clono piramidale e come questo può nelle forme tipiche essere inesauribile, prodursi nel decubito ventrale, senza partecipazione dei gemelli; può però essere provocato dalla contrazione volontaria e non è inibito dai riflessi di difesa che sono assenti; in ultimo luogo, questo clono si associa ad una esagerazione dei riflessi di postura. La scopolamina è senza azione sul clono piramidale, mentre influenza il clono pallidale.

MONTELEONE.

Sul valore clinico del riflesso paradossale di Gordon.

In precedenza M. S. Goldflam riferendo sul riflesso paradossale, affermava trovarsi la ragione dell'estensione del grosso dito ottenuta con la manovra del Gordon, esclusivamente nell'esistenza dell'elemento dolore provocato nella pressione che si esercita sui muscoli del polpaccio: per conseguenza il fenomeno in questione esclude l'idea di un riflesso e non rappresenta che un riflesso di difesa; esso ha come condizione essenziale il dolore più o meno cosciente, ed è sotto l'influenza della volontà. Pur tuttavia afferma il Goldflam non è categorico che il riflesso debba essere in tutti provocato dal dolore. In risposta a tale comunicazione, Gordon di Filadelfia (*Revue neurologique*, gennaio 1926), afferma che il numero di malati nei quali egli ha ottenuto il riflesso, senza provocare dolore, è enorme. Di più, in un gran numero di casi di affezioni non meningitiche, organiche, una pressione profonda sul polpaccio non era necessaria. Talora invece della pressione, è sufficiente il semplice spostamento dei muscoli del polpaccio, lateralmente: frequentemente questi movimenti non sono accompagnati dal minimo dolore. Inoltre, l'estensione dell'alluce con la manovra del Gordon non è sempre accompagnata da quei movimenti di difesa che il Goldflam dice aver notato.

Il Goldflam cita casi di malati obnubilati od incoscienti nei quali la mimica mostra che nella provocazione del sintoma provano nella « subcoscienza » una sensazione penosa: ciò è in disaccordo col fatto che il sintoma si ha nei comatosi con totale perdita della coscienza. Ed inoltre è a notare che il riflesso è presente e facilissimo a provocare in epilettici durante e dopo l'attacco, mentre negli stessi individui non si provocava negli intervalli. Nella serie dei paralitici osservati dall'A. non un solo malato ha mai mostrato con movimenti del corpo o con la mimica del suo viso che vi fosse dolore o sofferenza alcuna durante la manovra del polpaccio. Con ragione Auerbach dice che il riflesso è particolarmente evidente nelle affezioni con lesioni delle vie cortico spinali: d'accordo col Gordon egli pensa che il sintoma è per lo meno l'espressione di una reazione all'irritazione di un segmento qualunque della via motrice a partire dalla corteccia cerebrale: la spiegazione che ne dà il Goldflam non regge e da essa ne risulta più valorizzato il sintoma.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 7204-1:

F. SCHIASSI: *La malaria e sue forme atipiche. Parassitologia, Clinica, Terapia.* Bologna, Cappelli editore, 1923. L. 40.

A. MONTI: *La malaria, l'ittero infettivo, l'influenza ed altri problemi sorti dalla guerra.* Milano, Hoepli editore, 1921. L. 36.

V. ASCOLI: *La malaria cronica*, in « Rivista di Malariologia », marzo-aprile 1926.

P.

All'abb. n. 1335:

« Gazzetta Italiana delle Levatrici », Modena, R. Clinica Ostetrico-Ginecologica; abbon. annuo L. 10;

« Concorsi e Impieghi », Forlì, piazza XX Settembre 5; abbon. annuo L. 25; pei Comuni L. 20; sem. L. 15.

P.

VARIA.

Psicologia dei contadini.

Schweighofer (*Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie*, 25 ott. 1926) ha fatto uno studio diligente sullo stato fisico e mentale e sulle psicopatie dei contadini che abitano la regione montana della provincia di Salzburg.

Stato fisico e mentale sono bassi. V'è ritardo nelle reazioni agli stimoli e nello sviluppo delle concezioni: si nota anche monotonia e semplicità delle funzioni psichiche. La mentalità è poco differenziata.

Lati caratteristici sono: le superstizioni animistiche, l'intellettualità limitata e la mancanza di raffinamento nella vita sessuale. La prole nasce come risultato di un istinto brutale; si ha scarsa cura dei bambini, tra i quali la mortalità è elevata. Le donne sono tenute in poca estimazione. Residui di atavismo sono tenacemente conservati assai più tra i contadini che tra gli abitanti delle città.

La psicologia patologica è pure caratterizzata da semplicità e da indifferenziazione.

Frattura delle costole da tosse.

E. Wahl (*Wien. Klin. Wochens.*, 14 ott. 1926) ne ha osservato 3 casi e ne riferisce 63 raccolti dalla letteratura; in 41 la tosse parve la causa fondamentale e operante unica; in 2 entrò in gioco lo starnuto; è probabile che in quasi tutti i pazienti intervenisse una fragilità anormale delle ossa.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

IX. — Notevoli risoluzioni di massima per un caso di modificazione indiretta del trattamento di pensione sopravvenuta al collocamento a riposo.

Il Capitolato di un Comune disponeva così: « gli impiegati hanno diritto alla pensione o all'indennità a carico dell'ente in base alla legge ed ai regolamenti che governano il collocamento a riposo degli impiegati civili dello Stato ». Essendo stato collocato a riposo un impiegato, con riferimento al trattamento di pensione fatto allora agli impiegati civili dello Stato, successivamente fu modificato e migliorato *per questi* il trattamento di quiescenza. L'impiegato comunale, che era stato già collocato a riposo, chiese che in relazione all'aumento stabilito per gli impiegati dello Stato, fosse aumentata la pensione a lui attribuita. Il Comune non provvide: anzi non rispose alla domanda.

Si presentavano tre quistioni: 1) essendo cessato il rapporto di impiego, poteva il pensionato ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale a norma dell'art. 4 del T. U. 26 giugno 1924, n. 1058? 2) era proponibile il ricorso, sebbene nessun provvedimento fosse stato emanato dall'amministrazione comunale e questa fosse rimasta inattiva e nulla avesse risposto, pur essendole stata notificata istanza formale dal pensionato? 3) data la disposizione del regolamento organico, sopra riportata, si deve ritenere che l'amministrazione comunale abbia voluto riferirsi soltanto al trattamento che per legge era dovuto agli impiegati dello Stato al tempo in cui l'impiegato del Comune sarebbe stato collocato a riposo o anche agli eventuali successivi miglioramenti dipendenti da nomine successive al collocamento a riposo?

La V Sezione ha risoluto questi punti controversi con molta larghezza. Ne esponiamo sinteticamente i criteri, senza per altro approfondire la controversia, la quale involge interessantissime e delicate quistioni giuridiche che esorbitano manifestamente dai limiti di queste note pratiche. Vogliamo soltanto avvertire che le risoluzioni possono sembrare alquanto ardite e che sono discutibili per quanto autorevolmente stabilite dal Consiglio di Stato, con la decisione 22 luglio 1926, n. 280; noi le approviamo pienamente, dal punto di vista di massima:

a) quantunque si possa ammettere che il rapporto di impiego sia cessato col collocamento a riposo dell'impiegato, non vi ha dubbio che il diritto alla pensione deriva esclusivamente dal rapporto di impiego e trova in questo l'unico suo fondamento, sicchè le pretese ad una determinata pensione, anche se fatte valere dopo il collocamento a riposo, vanno esaminate in relazione al servizio prestato in un determinato impiego e debbono quindi riguardarsi come oggetto di controversia derivante dal rapporto di impiego. Perciò, trattandosi di impiegati di enti locali, la decisione di tali controversie ai sensi dell'art. 4 del T. U. 26 giugno 1924, n. 1058, è di competenza della giurisdizione amministrativa. (Analoga sarebbe la risoluzione nel caso di competenza del Consiglio di Stato);

b) se è vero che la giurisprudenza ha affermato doversi gli articoli 4 e 5 del T. U. citato interpretare nel senso che tali norme abbiano derogato agli articoli 2 e 4 della legge 20 marzo 1865, all. *E* (Cont. Amm.) solo in quanto la causa abbia origine da un provvedimento o atto amministrativo; è pur vero che, nella specie, tale provvedimento devesi ritenere intervenuto quando l'interessato abbia notificato all'amministrazione l'atto formale che la invitava a provvedere in merito alla di lui richiesta e malgrado ciò l'amministrazione non abbia provveduto, dovendosi il suo *persistente* silenzio considerare come rigetto della domanda dell'interessato;

c) qualora una norma (regolamento sulle pensioni di un Ente) abbia stabilito che gli impiegati « hanno diritto alla pensione o all'indennità a carico dell'Istituto in base alla legge ed ai regolamenti che governano il collocamento a riposo degli impiegati civili dello Stato », gli impiegati dell'Ente sono parificati nel trattamento della pensione agli impiegati dello Stato, e tale parificazione è da considerarsi in senso assoluto, nel senso cioè che non vada limitata alle norme vigenti all'atto del collocamento a riposo, dimodochè in forza di questa disposizione regolamentare tutte le norme che vengono emanate pel trattamento di pensione degli impiegati statali, trovano senz'altro applicazione anche in confronto degli impiegati dell'Ente.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Annunzî medici e ciarlatanismo.

Da qualche tempo gli annunzi medici hanno assunto uno sviluppo eccezionale. Iniziatasi con la réclame dei prodotti farmaceutici questa specie di pubblicità si è ora integrata con quella degli istituti di cura e dei medici stessi.

Su gli inconvenienti e gli abusi degli annunzi dei prodotti farmaceutici molto si è scritto, molto si è parlato, contro di essi molto si è inveito, ma gli effetti dimostrerebbero che tale accanimento non ha fatto che incrementarli. Oggi i giornali che vanno per le mani del gran pubblico, quotidiani, settimanali o mensili, hanno molto spazio o molte pagine accaparrate a tesser le lodi di questa o quella specialità farmaceutica. Oggi le case produttrici di prodotti più o meno raccomandabili o sconsigliabili, preferiscono indirizzarsi direttamente ai pazienti o ai pseudopazienti cercando di colpirne la suggestionabilità con raccomandazioni mirabolanti, certificato di iperlaudatori, figure impressionanti. Non è il caso di insistere sull'arte sottile con la quale viene praticata questa pubblicità. Molte di queste pagine di annunzi sembrano dettate da un Cagliostro redivivo. Certi intrugli, che promettono la guarigione per tutti i mali, non hanno nulla di dissimile dall'elisir di lunga vita o dell'immortalità. La credulità umana non è cambiata da quel che era nel 700, anche se tra i tempi del famoso avventuriero e quelli moderni v'è il culto della Dea Ragione. I progressi della medicina scientifica hanno fatto forse più arditi e più numerosi i ciarlatani, e la diffusione della cultura più credenzona l'umanità.

Del resto non è forse il caso di formalizzarsi e di scandalizzarsi. Buona parte della virtù terapeutica dei medicamenti è da attribuirsi alla suggestione, e non è poi gran male se questa funzione medicatrice viene esercitata da abili industriali o da medici che hanno più l'abito commerciale che scientifico, e se essa vien pagata con fior di quattrini e con qualche disillusione.

La predica contro sì fatte forme di ciarlatanismo è sterile se fatta negli ambienti medici o su i giornali scientifici o professionali, ed è ingenuo pretendere che i periodici politici o di ricreazione, che hanno nella pubblicità del genere una grossa sorgente di guadagno, la consentano sulle loro colonne. Senza dire che una campagna condotta contro un prodotto farmaceutico potrebbe trasformarsi in una propaganda in suo favore. L'opinione dei medici in sì fatte quistioni è sospetta e ad essa potrebbero essere contrapposti certificati entusiasti di uomini d'arte, di scienza, di politica ed anche di clinici insigni.

Nè vale, a nostro avviso, accanirsi contro gli annunzi che i medici fanno inserire su i quotidiani per render noto al colto ed all'inclita la specialità di cui si occupano, i particolari metodi terapeutici che essi praticano.

Fino a poc'anzi questa specie di réclame era limitata agli avvisi in certi luoghi, dove sfruttando l'analogia con la funzione in quel momento soddisfatta dai frequentatori dei luoghi stessi, si annunziava loro l'indirizzo di medici specialisti nella cura delle malattie veneree nonchè dell'impotenza. Oggi, pur rimanendo in prevalenza i venereologi, un po' tutti, oculisti, otoiatri, neuropatologi, chirurgi e medici generici, affidano il loro successo alla réclame giornalistica, come o quasi come una qualsiasi levatrice che promette la maggiore discrezione nell'assistenza ai parti o lo specifico per il ritorno della mestruazione.

Per i medici di antico stampo, che affidavano la loro fortuna professionale, esclusivamente alla loro cultura, alla loro diligenza, al loro lavoro coscienzioso tutto ciò riesce sconveniente, tanto più che per incapacità di adattamento, essi vi vedono un poderoso quanto inusitato sistema di concorrenza.

Ma non c'è nulla da fare. Tutto ciò che è convenzionale si modifica, e si son modificati quelli che si ritenevano gli attributi imprescindibili del decoro professionale. Certo può destare sorpresa e provocare rincrescimento che l'esercizio medico si allontani a riguardo dai sistemi delle altre professioni liberali. Ma non è detto che il nobile esempio non debba essere seguito, a mo' d'esempio, dagli avvocati che pure hanno certe analogie con noi altri: come tra noi possono esservi ciarlatani ed impostori, tra loro possono esservi azzeccagarbugli, mozzorecchi e paglietti.

Forse tutti i rammarichi, tutte le proteste, tutte le sanzioni contro la tendenza che va diffondendosi ed affermandosi non raggiungeranno altro scopo che d'incitare sempre più gli intraprendenti e d'invogliare gli altri ad imitarli.

Ed altro non ci resterà che l'adattamento e chiedere soltanto la discrezione allo scopo di tutelare la nostra dignità professionale e salvare dalla sommersione nel commercialismo per quanto più è possibile la nobiltà della nostra missione.

Non si possono misconoscere i diritti del così detto modernismo, ma non si può neppure senz'altro rinunziare alla tradizione di decoro che

era il vanto della professione medica nel secolo XIX, che pur tanti sforzi aveva fatti per differenziarsi e sbarazzarsi dal ciarlatanismo che d'ogni parte l'investiva.

Non è facile trovare un compromesso tra il passato ed il presente, tra le tradizioni di decoro e le necessità dell'ora presente.

La vita sociale e economica è ora estremamente febbrile e non vuol conoscere riguardi di elementi morali. La professione medica non può prescindere da quest'atmosfera in cui vive e di cui vive: deve ad esso adattarsi.

Ma è bene che i medici tengano sempre presente che il loro successo è prevalentemente in funzione del loro decoro e del loro prestigio, e che pertanto essi non possono, senza discapito mediato o immediato, abbandonarsi alle forme di concorrenza prese in prestito dal più schietto commercialismo.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Per gli Ordini dei medici di Trento e Bolzano.

Un decreto ministeriale dispone che pel triennio 1927-29 non dovranno aver luogo le nuove elezioni dell'Ordine di Trento, continuando quindi immutato l'attuale Consiglio amministrativo. I tre consiglieri altoatesini sono stati ricevuti in udienza dal Prefetto della nuova provincia di Bolzano, Grand'Uff. Ricci, che, richiesto della costituzione di un Ordine a sè per la nuova circoscrizione provinciale come previsto per legge, si mostrò pienamente d'accordo. Così la questione se uno o due debbono essere gli Ordini nella Venezia Tridentina, pel momento non è ancora ben delineata. Ma è ovvio che vi saranno due Ordini, uno per Trento e l'altro per Bolzano.

ATTI UFFICIALI.

Produzione e smercio di poppatoi e succhietti per bambini.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica un Regio decreto-legge d'iniziativa del Ministro degli Interni, di concerto con il Ministro dell'Economia Nazionale, con cui è vietato importare, fabbricare, vendere o comunque ritenere per vendere: *a*) poppatoi a tubo, nonchè singoli pezzi staccati, destinati a comporre i poppatoi stessi; *b*) succhietti o succini per bambini che non siano di gomma elastica piena. È tollerata sino a quattro mesi dopo la pubblicazione del decreto, la vendita degli oggetti di cui sopra se non rispondenti ai requisiti ivi prescritti.

La gomma elastica vulcanizzata, con cui sono formati i capezzoli da applicarsi alle bottiglie — poppatoi senza tubo, le tettarelle, gli anelli per dentizione, copri-capezzoli, i tira-latte, i succhietti e simili, siano essi fabbricati nel Regno o importati — non deve contenere piombo, zinco, antimonio, arsenico o altre sostanze nocive. Gli oggetti di gomma di cui al comma precedente, devono portare l'indicazione indelebile della rispettiva fabbrica.

I contravventori alle disposizioni dei precedenti comma sono puniti con l'ammenda da L. 100 a L. 1000, oltre alla confisca della merce.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Posto di direttore del Laboratorio di clinica e microscopia clinica e del Gabinetto di anatomia patologica. Stip. annuo lordo L. 8800 con aumento temporaneo 10 %, inden. c.-v. e percentuale sugli esami di laboratorio. Scad. 28 feb. Rivolgersi alla locale Dir. sanitaria.

CALDAROLA (*Macerata*). — Al 25 feb.; 2ª cond.; ab. 2000; iscritti 200 c.; L. 8000 e 3 quadr. dec., oltre c.-v.; servizio nell'Ospedale. Età 24-40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 25 gen.

CAMERINO. *L. Università.* — Professore non stabile di anatomia umana normale. Scad. 30 apr. (D. M. 31 dic. 1926 pubblicato sulla *G. U.* 29 genn. 1927).

CHIOGGIA (*Venezia*). *Congregazione di Carità.* — Primario medico dell'Ospitale Civile; proroga al 2 marzo.

COPPARO (*Ferrara*). — Scad. 28 feb. Due cond.; L. 10,000 e L. 9500 con 5 quadr. dec., oltre indenn. trasp. e quota complementare di L. 3000 rivedibile; L. 3 ogni pov. eccedente i 1000; età limite 35 a.; tassa L. 50.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Concorso interno uff. san. consorziale per quarantanove consorzi con norme art. 13 R. D. 29 nov. 1925 n. 2266. Scadenza 10 marzo.

FAENZA. *Congregazione di Carità.* — A tutto febbraio chirurgo primario presso l'Ospedale Civile; L. 10,000, oltre c.-v. Rivolgersi Ufficio di segreteria.

FIRENZE. — Scad. 26 feb.; condotta pel distretto n. 18; L. 8500, c.-v., L. 1400 indenn. supplem., L. 750 rimborso vettura; L. 2 ogni pov. oltre i 2000; tassa L. 50.

MANCIANO (*Grosseto*). — A tutto 25 feb., capoluogo; L. 10,000, oltre L. 1500 assegno rivedibile e 10 trienni ventes.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.15. Titolo di preferenza: assistentato in reparto di chirurgia per non meno di 18 mesi. Serv. entro 20 gg. Ab. 4000 di cui 2600 riuniti.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico assistente interno residente nell'Ospedale Sanatorio V. E. III per tubercolotici, in Garbagnate; L. 4500 annue, oltre L. 1000 indenn. resid., alloggio, vitto, riscald., illuminaz.; obbligo residenza, pernottam. e serv. di guardia; scad. ore 16 del 2 mar.; tassa L. 50; età lim. 35 a. Chiedere annunzio. Rivolgersi Ufficio Protocollo (via Ospedale 5).

RAVENNA. *Ospedale Civile.* — Al 15 mar., primario radiologo, direttore del Gabinetto di radiologia; L. 12,000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; cointeressenza. Domande alla Segreteria. Tassa L. 50.10, all'Esattore comunale. Età mass. 35 a. Triennio di servizio radiolog. con funzioni direttive in Clinica o grande Ospedale. Assunz. serv. entro un mese. Chiedere annunzio.

RE (*Novara*). — Consor. 5 comuni; kmq. 5; ab. 1314;; L. 9000, oltre L. 500 uff. san.; L. 150 ambulat.; L. 1200 c.-v.; alloggio. Scad. 20 mar. Doc. a 3 mesi. Tassa L. 50.05.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 28 assistenti medico-chirurghi. Vedi fasc. 7. Scad. 21 marzo.

SERRUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 25 feb.; ab. 3008; pov. 300; L. 9000 e addizion. L. 2 e L. 3; 10 bienni ventes.; c.-v. in L. 100 pei coniugati, L. 65 pei celibi; L. 3000 cav.; tassa L. 50.10.

TRAPANI. *R. Prefetura.* — Uff. san. di Mazzara del Vallo; L. 9000 e accessori. Scad. 28 feb. Docum. all'Ufficio sanit. prov.

VALENZANO (*Bari*). — Scad. 10 mar.; L. 10,000 annue e 5 quadrienni di L. 500 ciascuno, senz'altro assegno. Chiedere avviso.

CONCORSI A PREMI.

Associazione Nazionale d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

A seguito delle cospicue donazioni fatte durante le trattazioni sulla « Fangoterapia » al Congresso nazionale di Idrologia e Climatologia di Salsomaggiore, dal comm. Granelli per le Terme di San Pellegrino (Lire 10,000) e dal comm. Garbarino (L. 2000), l'Associazione bandisce tre premi, uno di lire 7000, uno di lire 3000 e uno di lire 2000 per le migliori monografie originali che saranno presentate su uno dei due temi: 1) La fangoterapia; biologia dei fanghi, l'optimum di temperatura nelle applicazioni; indicazioni e controindicazioni; 2) Sul potere radioattivo nei fanghi italiani dal punto di vista biologico e curativo. Il concorso sarà chiuso il 31 agosto 1927; le memorie, in lingua italiana e dattilografate, dovranno essere presentate, con un motto (e relativa indicazione del nome dell'autore in busta chiusa) non oltre quel giorno alla Presidenza dell'Associazione di Idrologia e Climatologia (Via S. Barnaba, 8). I premi saranno assegnati in occasione del XVIII Congresso nazionale di Idrologia e Climatologia che si terrà a Milano.

Società Italiana di Ortopedia.

L'Ospedale Civile di Venezia ha messo a disposizione della Società la somma di L. 3000, affinchè sia costituito un premio da assegnarsi al vincitore di un concorso per un lavoro di argomento ortopedico.

Il Consiglio Direttivo della Società, accogliendo con profondo compiacimento l'invito, ha deciso che tema del concorso sia: « Il primo trentennio dell'amputazione cinematica ».

Si compie infatti quest'anno il trentesimo anniversario dell'idea vanzettiana. Celebrare la data memorabile con un lavoro che dell'idea consideri lo svolgimento storico e l'evoluzione teorico-pratica, che della tecnica dell'amputazione cinematica dia una chiara, ordinata, ben illustrata esposizione, che analizzi e sviluppi il problema della cineprotesi, è parso al Consiglio Direttivo della Società Italiana di Ortopedia il miglior modo per realizzare il nobile proposito dell'Ospedale Civile di Venezia, e per onorare una scoperta che è gloria italiana.

Al concorso potranno prender parte i Soci Ordinari della Società Italiana di Ortopedia, regolarmente inscritti negli elenchi della Società alla data di chiusura del concorso.

Il concorso si chiude il 1° ottobre 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Reale Società di Medicina di Londra ha eletto, all'unanimità, membro corrispondente della Sezione di Medicina, il prof. Augusto Murri.

Questa alta distinzione conferita all'illustre Maestro italiano costituisce uno dei più significativi riconoscimenti del suo grande valore scientifico, ed è tanto più degna di nota in quanto è una onorificenza che raramente la Gran Bretagna conferisce a scienziati delle altre nazioni.

Il prof. Pietro Sisto è stato chiamato alla direzione della Clinica medica di Modena ed a suo successore nella direzione dell'Istituto di Patologia medica di Siena è stato chiamato il prof. Carlo Gamna di Torino.

Ai due insigni studiosi, che sono nostri collaboratori e dei quali il prof. Sisto fu per lunghi anni nostro valoroso corrispondente da Torino, esprimiamo il nostro compiacimento.

I proff. Carlo Ganfini e Alfredo Chistoni, in seguito ad unanime parere della Commissione giudicatrice, sono stati nominati, con recente decreto, professori stabili rispettivamente di anatomia umana nella R. Università di Sassari e di farmacologia e tossicologia nella R. Università di Parma. (Rallegramenti sentiti al nostro apprezzato corrispondente e collaboratore prof. Chistoni).

È stato conferito al prof. Francesco Schiassi, incaricato della Semeiotica medica nella R. Università di Bologna, uno dei premi Baccelli, consistente in una medaglia d'oro al merito clinico. Il principale lavoro presentato e premiato è il volume: « La malaria e le sue forme atipiche ». Tanto questo come gli altri lavori clinici furono compiuti nella Clinica medica di Bologna diretta dal prof. Viola. Rallegramenti cordiali.

Sono abilitati alla libera docenza in:

Batteriologia: Vercellana Giuseppe.

Clinica chirurgica e medicina operatoria: Martinacci Sertorio.

Clinica delle malattie nervose: Balduzzi Ottorino.

Clinica dermosifilopatica: Artom Mario; Versari Attilio.

Clinica oculistica: Addario Giuseppe; Borrello Francesco Paolo; Busacca Archimede; Denti Vittorio; Sabbadini Dario.

Clinica ostetrica e ginecologica: Clauser Fiorenzo; Carcupino Ferrari Palmira; Floris Michele; Sortino Giorgio; Tesauro Giuseppe;

Clinica pediatrica: De Capite Antonio; Sabatini Luigi.

Clinica psichiatrica: Bartolani Aldo.

Medicina legale: Boldrini Boldrino.

Ortopedia e traumatologia: Camera Ugo.

Patologia generale: Galata Guglielmo.

Patologia speciale medica: Brugi Antonio; Fortunato Amelio; Marino Salvatore.

Psicologia sperimentale: Galli Emilio; Gatti Alessandro.

Radiologia medica: Alberti Olindo; Perona Pierino; Piergrossi Lamberto.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto corrispondenti nazionali per l'igiene i dottori Burnet di Tunisi e Chaumier di Tours.

NOTIZIE DIVERSE.

L'igiene nella scuola.

La Commissione consultiva per l'igiene e l'assistenza scolastica ha tenuto importanti adunanze sotto la presidenza del dott. Messea, direttore generale della Sanità pubblica.

Avuta comunicazione dell'opera svolta dai Ministeri dell'Interno e dell'Istruzione nei riguardi della propaganda igienica e dei mezzi di lotta antitubercolare, la Commissione ha esaminato interessanti relazioni intorno alle scuole all'aperto, alla educazione fisica, alla difesa della scuola dalla tubercolosi. Su questo ultimo argomento ha approvato le seguenti conclusioni: la difesa della scuola dalla tubercolosi deve riguardare alunni e personale d'ogni ordine e grado; la visita sanitaria per l'allontanamento dalla scuola dei riconosciuti tubercolotici anche all'inizio; l'organizzazione di una Cassa mutua di previdenza e soccorso, con forma assicurativa e col precipuo fine di ristabilire nei curabili la capacità di lavoro; l'obbligatorietà della mutualità scolastica di cui alla legge 31 dicembre 1923 estesa a tutti gli alunni, ai fini della lotta antitubercolare.

La Lega italiana contro il cancro.

La sezione romana della Lega Italiana contro il cancro ha tracciato un programma da svolgere attivamente e come primo atto istituisce un turno di visite mediche gratuite per diagnosi e accertamento di tumori presso l'Ambulatorio della Croce Rossa in via Ostiense e nell'Ambulatorio del Policlinico Morgagni (proff. De Fabi, Gallenga, Micheli, Ferreri, Alessandri, Artom, Roselli).

Sono in corso trattative presso il Sovrano Militare Ordine dei Cavalieri di Malta e presso il Governatorato per l'apertura di altri ambulatori nel centro della città.

Scopo di questi ambulatori, oltre che di diffondere notizie con opuscoli stampati, è di accertare la diagnosi con tutti i mezzi di laboratorio e radiologici degli Istituti Universitari e di inviare nel più breve tempo i malati alle cliniche speciali ove, per accordi già presi, è a disposizione un certo numero di letti. Si pregano pertanto i medici esercenti della città e della provincia di voler cooperare nella lotta inviando ai detti ambulatori malati anche con segni dubbî o frammenti escissi per esame istologico, in modo da poter riuscire efficacemente nella cura di questo male, di cui il punto essenziale rimane la precocità di trattamento.

Assistenza sanitaria dei Fasci Femminili.

L'Ufficio Stampa del Partito Nazionale Fascista comunica:

« Le infermiere professionali della disciolta associazione A.N.I.T.I. sono invitate ad iscriversi individualmente al P.N.F. e per esso all'Ufficio opere assistenziali al Palazzo del Littorio.

Esse saranno accettate come le più valide cooperatrici alle opere di assistenza sanitaria e sociale che i Fasci femminili vanno svolgendo ed in essi saranno tutelate per le esplicazioni della loro missione ».

Il Papa per un Sanatorio francese.

L'*Echo de Paris* annuncia che il Papa ha versato all'Episcopato francese, come sottoscrizione personale, la somma di un milione per la costruzione di un sanatorio per i preti francesi malati.

Anniversario dei Posti di soccorso nelle miniere siciliane.

Il 19 dicembre 1926, presso la sede del Sindacato Siciliano Infortunii, ad iniziativa dei medici e degli infermieri del servizio dei Posti di soccorso nelle miniere, si volle commemorare il XXV anniversario della fondazione di tali posti.

Nella sala della Scuola infermieri, trasformata in cappella, monsignor Jacona, vescovo di Caltanissetta, celebrò una messa, dopo di che con parola commossa esaltò attraverso il Vangelo il senso etico dell'istituto di cui si commemorava la nascita.

Negli uffici dei posti di soccorso furono poi offerte al dott. Di Giovanni, che ne fu il creatore e ne è ancora il direttore, due artistiche pergamene. Una di esse, a nome del personale e degli operai delle miniere, fu presentata dall'ing. Alfonso Cardella; l'altra, a nome dei medici e degli infermieri, fu presentata dal dott. Nuara.

Il dott. Di Giovanni espresse tutta la sua gratitudine e tracciò le vicende dell'istituzione.

Onoranze al prof. Seppilli.

Nel dicembre u. s. sono state rese in Brescia solenni onoranze al prof. Giuseppe Seppilli, che per limiti di età ha lasciato la direzione di quell'Ospedale Psichiatrico. Anche la Società Freniatrica Italiana, per mezzo del suo presidente prof. Enrico Morselli, si è associata alla manifestazione di omaggio, ricordando tutta l'opera scientifica dell'illustre alienista e neuropatologo, che è stato tra i primi in Italia ad applicare l'indagine fisiologica e neuropsicologica allo studio delle localizzazioni cerebrali, dell'isterismo e dell'ipnotismo.

In onore del prof. Scimeni.

Ad iniziativa della Facoltà di medicina e chirurgia di Messina, venne offerto un pranzo in onore del prof. Erasmo Scimeni, Preside della Facoltà stessa e Direttore dello Ospedale Piemonte, il quale recentemente a Roma fu insignito della medaglia d'oro della Società di Oftalmologia per la celebrazione dei quarant'anni di insegnamento universitario.

La prelezione del prof. L. Ferrannini.

Innanzi a un denso e sceltissimo pubblico il prof. Luigi Ferrannini ha tenuto, nell'aula dell'Istituto Anatomico di Napoli, la sua prelezione di Clinica medica del lavoro.

Dopo aver rievocato con commossa parola le grandi figure dei suoi Maestri, ha trattato dei còmpiti della clinica medica, destando il più vivo interesse.

Revoca d'annullamento di concorso.

In seguito alla decisione 10 ottobre 1926 con cui il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione IV) accoglieva il ricorso dell'interessato, prof. Girolamo Lo Cascio e revocava il Decreto ministeriale 1° marzo 1926 con cui erano annullati e dichiarati di nessun effetto gli atti della Commissione giudicatrice del concorso alla cattedra di Clinica oculistica della R. Università di Sassari, bandito con D. M. 3 ottobre 1925, il Ministro della P. I. con Decreto 16 dicembre 1926, pubblicato nel *Boll. Uff. P. I.* 6 gennaio 1927, n. 1, ha revocato il D. M. 1° giugno 1926 con cui erano annullati e dichiarati di nessun effetto gli atti del concorso alla cattedra di Clinica oculistica con effetto dal 1° marzo 1926. Gli atti medesimi si intendono approvati con effetto dal 1° marzo 1926.

L'Accademia Medica di Buenos Aires.

Va assumendo un'importanza crescente; e perciò è in progetto la costruzione di una nuova e grandiosa sede, su di un terreno donato dal dott. M. Herrera Vergas.

È in esame anche l'istituzione di borse di studio all'estero, per laureati.

Nel corso del 1926 furono tenute delle conferenze nei locali dell'Accademia dai proff. Ascoli e Alessandrini di Roma, Pittaluga di Madrid, Delbet e Sergent di Parigi, Cuto e Magalhaes di Rio de Janeiro.

Un nuovo centro medico a New York.

È stato organizzato dal « Milbank Memorial Fund », che ha già speso 4 milioni di dollari per scopi filantropici; sorge sulla East Thirty Eighth Street, n. 325, e occupa un edifizio di 5 piani; comprenderà reparti d'igiene sociale, di tutela dell'infanzia, per la tubercolosi e per le malattie dentali; ospiterà anche il Consiglio Sanitario dello East Side di New York.

Società colturale germano-nipponica.

È stata fondata ad iniziativa del visconte Scimpei Goto e di altri allo scopo di favorire gli scambi colturali tra Germania e Giappone; essa curerà la pubblicazione di memorie scientifiche e la traduzione di libri, fornirà informazioni, assisterà gli studiosi.

Ospedale « Nuova Pompei » a Buenos Aires.

È stato inaugurato alla fine dello scorso anno; sorge fra le calli Almafuert e Aconcagna; è diretto dal dott. Roberto G. Cabred; comprende una sala di medicina, una di chirurgia, una camera operatoria, un padiglione d'amministrazione, ecc. Per ora è capace solo di 60 letti, ma è destinato ad essere presto ingrandito. È notevole perchè risponde a tutte le esigenze della tecnica nosocomiale moderna.

Gli studenti medici a Vienna.

Nel semestre estivo del 1926 sono stati 2619, di cui 218 donne. Ciò segna una riduzione rispetto agli anni precedenti: è chiaro che la pletora medica comincia a far sentire i suoi effetti nel limitare le nuove iscrizioni.

Conferenze per Società Mediche.

La Scuola Medica di Perfezionamento della Tulane University, a New Orleans, ha istituito delle conferenze di perfezionamento, che verranno tenute dai suoi docenti in seno alle Società Mediche dello Stato (Lousiana), a richiesta delle Società stesse. La Scuola ha immediatamente ricevuto un discreto numero di richieste di tali conferenze.

Effetti dell'influenza nella Svizzera.

Nostre corrispondenze segnalano una straordinaria diffusione e una discreta letalità dell'influenza sulla fine dello scorso anno e sul principio di questo nella Svizzera, ove la malattia viene correntemente paragonata alla peste polmonare.

Alcuni servizi pubblici ne hanno sofferto, in particolare quelli ferroviari e postali.

Esposizione artistica medica.

Dal 1° al 14 marzo si terrà, nei locali dell'Accademia Medica di New York, un'esposizione di sculture, pitture e incisioni, opera di medici.

Essa è organizzata da uno speciale comitato (Commettee of Phisicians Art Exhibit, New York Academy of Medicine, 103d Street a. 5th Avenue).

Martire della scienza.

Il batteriologo prof. Spahlinger di Ginevra è stato per la seconda volta colpito dall'esplosione di una boccia di vetro contenente bacilli tubercolari allo stato di ipervirulenza, su cui egli praticava esperienze di compressione.

Egli non permise ad alcuno di entrare nel laboratorio finchè ogni pericolo non fosse scomparso; provvide da sè a disinfettarsi energicamente.

Infortuni di sanitari.

Mentre il dott. Giuseppe Sculco, medico condotto di Pienza (Siena), percorreva in motocicletta la strada provinciale che conduce a Radicofani, si scontrava con un altro motociclista, sig. Giuseppe Ferrini di Campiglia d'Orcia; questi rimaneva leggermente ferito, mentre il sanitario riportava delle fratture alla gamba destra per le quali venne giudicato guaribile in 60 giorni.

Il dott. Mario Corti, medico condotto di Villarotta di Suzzara (Reggio Emilia), mentre stava provando un'automobile è stato travolto dalla macchina ed è morto sul colpo; contava 32 anni.

L'autoambulanza della Società volontaria di pronto soccorso di Livorno slittava per lo scoppio di una gomma e precipitava in un burrone profondo quaranta metri, sfasciandosi; il comandante Castellini riportava fratture al torace; il capo squadra Misuri frattura di una gamba; lo chauffeur frattura della colonna vertebrale; soltanto il vice capo squadra rimaneva illeso; i feriti furono portati all'Ospedale di Spezia.

Un chirurgo colpito da apoplessia mentre operava.

Il prof. Paolo Rutiny, dell'Università di Budapest, mentre stava per eseguire una difficilissima operazione chirurgica fu colpito da apoplessia e cadde fra le braccia degli assistenti i quali dopo trasportato il Maestro in una vicina sala condussero a termine la difficile operazione, che malgrado la forzata interruzione ebbe esito felice.

Tragico errore di una infermiera.

Il Tribunale di Basilea si è occupato del seguente caso. Erano accusati di omicidio per imprudenza il dott. K., docente di medicina interna e assistente all'Ospedale civico, e l'infermiera Maria G. Il dottore aveva operato un paziente affetto di peritonite; durante l'esame degli strumenti incaricò l'infermiera di andargli a prendere una soluzione di novococaina al 0,5 per cento: disgraziatamente l'infermiera portò una soluzione di fluoridreato di cocaina al 10 per cento. Egli non verificò la soluzione e fece con essa un'iniezione al paziente. Subito dopo constatava che questo aveva fenomeni di malessere e di adinamismo: un quarto d'ora dopo il malato era morto.

L'accusato in Tribunale ha contestato di essersi reso colpevole di omicidio per imprudenza, facendo valere la tesi che egli deve contare sul concorso del personale assistente. L'infermiera si è difesa dicendo di essere stata turbata dai numerosi ordini che le erano stati impartiti prima e durante l'operazione. Il Tribunale ha condannato l'infermiera ad una multa ed ha assolto il chirurgo.

Medico assolto.

Nell'estate del 1924, moriva nella sua villa a Padova la baronessa Migliardi. Giacchè la morte era sopravvenuta dopo un intervento operatorio del dott. Gaetano Bragazolo, in seguito a pubblica accusa la salma fu esumata e sottoposta ad esame necroscopico. Fu così accertato che la signora era morta per intossicazione di narcotici somministrati per via ipodermica prima dell'atto operatorio.

Il Bragazolo fu denunziato per omicidio colposo. Nel processo dopo l'escussione dei testi il P. M. chiese la condanna a 10 mesi di detenzione e L. 1000 di multa ma il Tribunale ha assolto il medico per insufficienza di prove.

Un dramma scritto da due medici.

Verso la fine dello scorso anno è stato rappresentato al « Théâtre de la Renaissance » di Parigi il dramma « La Vocation » scritto dal dott. Henri de Rothschild il quale, sotto lo pseudonimo di André Pascal, ha già fatto rappresentare una dozzina di drammi, e dal prof. Pierre Delbet, della Facoltà Medica, uno dei più reputati chirurgi.

Nel dramma una medichessa trascura la famiglia; il marito s'induce a contrarre un legame con un'altra donna; un brutto giorno questa viene colpita all'improvviso da un attacco di edema polmonare; si chiede un medico d'urgenza, e giunge la medichessa, che adempie coscienziosamente il suo dovere professionale e salva la malata; ma poi ella chiede il divorzio, e per vendicarsi del marito, gli confessa che la figlia — la quale gli è molto affezionata — non gli appartiene. Il marito entra in uno stato di profonda depressione; a questo punto la moglie tenta invano di riprenderlo, dichiarandogli che la sua confessione era stata una cattiva invenzione; finalmente il marito si uccide con un colpo di rivoltella. Il dramma è stato variamente commentato.

Un altro gravissimo lutto colpisce la medicina italiana, con la perdita di LEONARDO BIANCHI.

Sull'illustre neurologo e psichiatra riferiremo ampiamente in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Noticias Médicas, 1 mag. — G. DEL REAL. La emottisi e il suo trattam.

Lancet, 10 lug. — H. CABOT. Le infezioni non tbc. del rene.

Münch. Med. Woch., 9 lug. — BERK. Perdita d'azoto nella febbre. — LANGE. Il tipo reattivo schizofrenico.

Deut. Med. Woch., 9 lug. — HENKEL. Tubo- e utero-grafia. — PLESCH. Problemi sulla circolaz. — WITTGESTEIN e KREBS. Permeabilità delle meningi.

Presse Méd., 3 lug. — H. CHRISTIANI. Esiste una cachessia fluorica? — 7 lug. — A. SÉZARY e A. BARBÉ. Trattam. della paral. gen. con lo stovarsolo.

Gazz. Med. It.-Arg., 31 mag. — A. PIRERA. Le tbc. larvate.

Brit. Med. Journ., 10 lug. — J. HAY. Angina minor.

Proc. R. Soc. Med., lug. — Discussioni sulla rinite atrofica e sul quoziente respiratorio. Casistica varia.

Gaz. d. Hôp., 7 lug. — L. BABONNEIX. Gli accidenti della pubertà. — 10 lug. — C. ODDO e J. ZUCCARELLI. Le simpatie epato-spleniche.

Journ. d. Prat., 3 lug. — F. BEZANÇON. L'avvenire e il trattam. dei pleuritici.

Journ. Amer. Med. Assoc., 26 giu. — R. W. Mc NEALY. Simpatectomia periarteriosa. — E. C. CUTLER. Id. Simpatectomia nell'angina pectoris. — J. H. HUDDLESON. Inferiorità psicopatica costituzionale senza psicopatie.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., lug. — H. DE JONG. Tremore nell'azione. — J. SANDS. Aneurisma intracranico.

Rev. Méd. de Barcel., giu. — L. CIVIT LLOBET. Ileo dinamico.

Presse Méd., 10 lug. — C. RICHET figlio e R. MONCEAUX. I regimi ipoazotati.

Quaderni di Psich., mag.-giu. — A. SALMON. Nuove ipotesi sull'isterismo.

Soc. d. Hôp., 8 lug. — R. BÉNARD e E. JOLTRAIN. Asma di orig. emotiva. — A. REMOND e H. COLOMBIÈS. Funzional. epat. e azotemia.

Ann. d'Ig., giu. — G. GRAZIADEI. A proposito della « spermocultura ». — G. PERGHER. Modi eccezionali di trasmissione della rabbia. — G. VOLPINO. La pellagra e il maidismo.

Revue Franç. d'Endocrinologia. — H. VIGNES. Opoterapia mammaria.

Riv. Ital. di Ginec., lug.-ag. — G. PAROLI. Funzionalità tiroidea nel fibromioma dell'utero. — E. BELLINI. Lipoidi dell'endometrio.

Scalpel, 10 lug. — A. D'HAENENS. Innesto ovarico di cinocefalo nella donna.

Journ. A. M. A., 3 lug. — A. CASTELLANI. La simbiosi in patologia. — M. LYNCH. Infestazione intestinale da flagellati.

Morgagni, 18 lug. — P. FORMICOLA. La prova del Marris in clinica.

Riv. di Cl. Med., 15 mag. — M. TINTI. Paralisi acuta da vaccinaz. antirabica.

Wien. Klin. Woch., 15 lug. — GLAESSNER. Chimica del sist. diger.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., luglio. — C. CHIAUDANO. Spermocoltura. — M. PALEVICI. Utilizzaz. del coagulo sanguigno per la R. W.

Mediz. Klinik, 16 lug. — F. L. BONN. Sull'emicrania. — F. BRUNN. L'asma cardiale.

Deut. Med. Woch., 16 lug. — Contributi vari sulla sepsi.

Münch. Med. Woch., 16 lug. — STRAUB. Regolazione della respiraz. e suoi disturbi.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 giu. — Numero su Laënnec.

Folia Medica, 15 giu. — E. MARAGLIANO. I problemi della tbc.

Boston Med. a Surg. Journ., 17 giu. — W. DARRACH. Rapporti tra medici e ospedali.

Pathologica, 15 giu. — V. BISCEGLIE. Tessuti coltivati « in vitro » con bacilli tubercolari. — P. ZAPPA. Variazioni numeriche delle piastrine del sangue.

Practitioner, lug. — J. CHAMBERS. Igiene nella marina di guerra. — J. B. MACALPINE. Significato chirurgico dell'albuminuria.

Sperimentale, III. — G. CAROSSINI. Innesti endo- ed extra-pleurici di tessuti fissati. — A. FABRIS. Sulla cosidetta angiomatosi del fegato.

Deut. Med. Woch., 2 lug. — E. MEYER. Eugenica. — ISAAC. Azioni terapeutiche sulla funzione epatica.

Münch. Med. Woch., 2 lug. — A. v. BIER. Pensieri di un medico sulla medicina. — GOETSCH. Ricerche sulla determinaz. del sesso.

Mediz. Klinik, 2 lug. — H. KOHN. Angina pectoris. — J. J. STUTZIN. Trattam. della tbc. ren.

Lancet, 3 lug. — L. FAIRFIELD. La salute delle donne professioniste.

Bull. Ac. de Méd., 22 giu. — L. CAMUS e al. La recente epidemia di vaiolo.

Brit. Med. Journ., 3 lug. — S. A. KINNIER. Le epilessie.

Brit. Journ. Childr. Dis., apr.-giu. — D. W. WINNICOTT e N. GIBBS. Encefalite da varicella e da vaiolo.

Giorn. d. Med. Prat., giu. — D. TADDEI. I punti dolorosi addominali provocabili con la palpaz.

Presse Méd., 30 giu. — C. LAUBRY e E. DOUMER. Patogenesi dell'ipertens. arteriosa.

Bull. Med., 30 giu.-3 lug. — VEYRIÈRES. Il grasso di cavallo.

Paris Méd., 3 lug. — Numero sulle malattie del cuore e dei vasi.

Japan Med. World, 15 mag. — K. SUZUKI. L'alcalosi.

Ann. Med. Nav. e Col., mag.-giu. — E. TROCELLO. Etiol., patogen. e cura del mal di mare.

Journ. Amer. Med. Assoc., 19 giu. — A. FORBES e al. Sistema simpatico e chirurgia. — I. COHEN. Anestesia locale nella riduz. delle fratture. — S. CALVIN SMITH. Stadio preclinico delle malattie di cuore.

Radiol. Med., lug. — P. PERONA. Anomalie costali e loro import. nell'esame radiologico dell'apparato respirat.

Difesa Sociale, giu. — M. CASTELLANI. L'organizzaz. scientifica del lavoro.

Giorn. Ital. di Dermatol. e Sifilol., giu. — G. DEL VIVO. Sensibilizzaz. da proteine alimentari e dermatosi. — G. TORNABUONI. Epidemia da Trichoplyton equinum.

Cl. Med. Ital., mar.-apr. — G. FERRETTI. Ricambio del calcio nella tbc. polmon. — E. PUXEDDU. La curva della glicemia nella cirrosi epatica.

Riv. Patol. nerv. e ment., 7 lug. — G. B. BELLONI. Dermoide del IV ventricolo. — G. SANTANGELO. Malarioterapia della demenza paralitica.

Minerva Med., 10 lug. — A. CECONI. L'insufficienza di cuore.

Bull. d. Sc. Med., mar.-apr. — Z. RONCITI. Sulla così detta « asfissia traumatica ».

Morgagni, 11 lug. — I. IACONO. Pseudo-tumori cerebrali.

Ann. di Ottalmol., ecc. lug. — D. CATTANEO. La tbc. della coroide. — CASTELLO. Angiomi orbitari.

Arch. de Med., *Cir.*, ecc. 17 lug. — G. ICHOK. Orig. intest. dell'anemia pernic.

Arch. It. de Chir., 1 lug. — O. BERTINI. Vascolarizzazione negli innesti ossei autoplastici. — G. B. MACAGGI. Compressione dei vasi succlavii.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., apr. — Numero di med. leg.

Gaz. das Clin. e dos Hosp., giu. — N. PENDE. Ulcera gastr. e spasmofilia costituzionali. — O. F. PEDROSO. Il problema del cancro.

Rif. Med., 5 lug. — L. BIANCHI. Varietà insolita di afasia.

Paris Méd., 17 lug. — Numero sulla chirurgia ortopedica e sulla chirurgia infantile

Arch. Mal. Appar. digestifs, ecc., giu. — M. R. CASTEX e J. C. MALAN. La giardiasi duodenale.

Medic. Ital., mag. — C. A. RAGAZZI. Le spirochetosi tropicali.

Lancet, 24 lug. — G. HOGABTH. Il medico pratico e il pubblico. — R. H. COLE. Progressi della psichiatria.

Brit. Med. Journ., 24 lug. — G. HOGG'RIH. Id. — G. M. ROBERTSON. Profilassi della pazzia.

Pathologica, 15 lug. — B. DE VECCHI. Amebiasi cronica. — G. VERCELLANA. Isolam. e sviluppo del b. di Koch.

Amer. Journ. Med. Sc., lug. — K. FABER. Eziologia e patog. dell'achilia gastr. — S. LEVINE. Eziol. e patog. dell'ulc. peptica. — C. A. MILLS. Le emorragie.

Rass. Studi Sess., giu. — C. ALESIO. Corrispondenze organ. e funzion. nelle alteraz. della capac. sessuale. — F. TRAVAGLI. Prostituz. e sifil.

Rev. Med. Suisse Rom., 25 lug. — P. DUPERTHUIS. Peritonite sierosa acuta.

Journ. A. M. A., 10 lug. — W. LLOYD AYCOCK. Epidemil-. della poliomielite. — L. F. BARKER. Eziol. e trattam. dell'anemia pernic.

Mediz. Klinik, 23 lug. — A. STRASSER. La mialgia e suo trattam. balneologico. — A. WALDER. Chemoterapia della tbc.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

V. ASCOLI, Red. resp.
Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

☛ *Pubblicazioni a disposizione dei nostri signori abbonati:*

Prof. Dott. ALFREDO D'AVACK
Libero Docente di Patologia Speciale Chirurgica nella R. Università di Roma

Terapia Generale Chirurgica Ortotetica e Paratetica

Un volume in 8° di pagg. XII-407, nitidamente stampato su ottima carta, con 62 figure intercalale nel testo. Prezzo **L. 50** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole **L. 46.75** in porto franco.

Dott. ARTURO MANNA
Chirurgo aiuto negli Ospedali di Roma

I poteri di difesa del peritoneo e dell'omento nelle infezioni acute e croniche della cavità peritoneale

INDICE: Prefazione. — PARTE I. - **Embriologia, Anatomia e Fisiopatologia del peritoneo e dell'epiploon.** — CAP. I. - Sviluppo della cavità peritoneale e del grande epiploon. — CAP. II. - Anatomia macroscopica e microscopica del peritoneo e dell'omento. ANATOMIA MACROSCOPICA. Peritoneo. Omento. Considerazioni generali sulla conformazione del peritoneo e dell'omento. ANATOMIA MICROSCOPICA. Peritoneo. Omento. — CAP. III. - Funzione del peritoneo e dell'omento in condizioni normali. Peritoneo. Omento. — CAP. IV. - Funzione del peritoneo e dell'omento in condizioni patologiche. Peritoneo. Omento. — PARTE II. - **Esperimenti personali.** — CAP. I. - Scopo e schema delle ricerche personali. — CAP. II. - Prima serie di esperimenti. Ricerche sul potere plastico ed antitossico dell'omento. — CAP. III. - Ricerche sui poteri di difesa del peritoneo e dell'omento contro alcune infezioni acute della cavità peritoneale. Seconda serie di esperimenti. Peritoniti acute sperimentali da streptococco. — CAP. IV. - Ricerche sui poteri di difesa del peritoneo e dell'omento contro alcune infezioni croniche della cavità peritoneale. Quarta serie di esperimenti. Peritoniti croniche sperimentali da bacillo di Koch. Quinta serie di esperimenti. Peritoniti croniche sperimentali da sporotrico. — CAP. V. - Sesta serie di esperimenti. Riproduzione di peritoniti con speciali artifici ed in condizioni speciali. Peritoniti da lesioni traumatiche del tubo intestinale. Peritoniti d'origine genitale. Peritoniti in gravidanza. — CAP. VI. - L'indice opsonico nelle infezioni peritoneali. — CAP. VII. - Considerazioni generali. Conclusioni. Bibliografia. Indice.

Un volume di pagg. 272 nitidamente stampato su ottima carta, con molte figure in tavole fuori testo. Prezzo L. **32,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **29.60** in porto franco.

Dott. GENNARO ROMANO

La Milza dal punto di vista chirurgico

Sua utilità e valore nella difesa dell'organismo contro le infezioni chirurgiche

Questo Studio, che reca circa 500 citazioni biliografiche, raccoglie quanto di più interessante finora si conosca intorno alla milza. Di originale comprende importanti ricerche sull'influenza della milza nella produzione delle opsonine, e sull'andamento della reazione vaccinale contro il tetano. È un lavoro completo, e di grande utilità sia scientifica che pratica, ed è diviso in cinque parti. Eccone il sommario: **Prefazione.** — **PARTE I.** CAP. 1°. Topografia della milza. Struttura della milza. Milza ed apparato reticolo-endoteliale. Vasi e nervi della milza. Anomalie. Embriogenesi. Bibliografia. — CAP. 2°. Fisiologia della milza. Rapporto ormonico tra milza e tiroide, milza e timo, milza e glandole sessuali. Bibliografia. — **PARTE II.** CAP. 1° La milza studiata nel suo ufficio protettivo per l'organismo contro le infezioni. Generalità. Infezioni. Organi di difesa. Immunità. Anticorpi. Bibliografia. — CAP. 2°. La milza e le infezioni. Bibliografia. — **PARTE III.** Ricerche personali. — **PARTE IV.** La milza allo stato patologico. — CAP. 1°. Splenopatie in generale — CAP. 2°. Splenopatie chirurgiche: Tubercolosi; Processi infiammatori; Processi neoplastici; Morbo di Gaucher; Cisti parassitarie e non parassitarie; Milza Migrante; Ferite lienali; Contusioni e rotture lienali. — CAP. 3°. Splenopatie mediche trattabili chirurgicamente: Anemia splenica infantile; Anemia splenica degli adulti; Morbo di Banti; Splenomegalia con linfocitosi; Itteri emolitici; Anemia perniciosa; La Milza malarica; Appendice. — CAP. 4°. Splenopatie mediche non trattabili chirurgicamente: Leucemia; Sifilide splenica. Degenerazione amiloide. Bibliografia. — **PARTE IV.** Chirurgia della Milza. Generalità. Operazioni speciali. Resezione splenica. Splenectomia. Esosplenocleisi. Ssosplenolisi. Splenotomia. Splenostomia. Splenocleisi. Splenorrafia. Splenopessia. Omento-Splenopessia. Allacciatura dell'arteria splenica. Splenopuntura. Bibliografia. Conclusioni generali.

Un volume in-8, di pagg. 256, in nitidi tipi, stampato in buona carta. Prezzo L. **30.** Per i nostri abbonati sole L. **27.60** in porto franco.

Prof. Dott. ALBERTO CIOTOLA. Libero Docente di Patologia Chirurgica R. Università di Roma

METASTASI NEOPLASTICHE

Prefazione del prof. G. PEREZ.

SOMMARIO. — *Parte Generale*: CAP. I. Del fenomeno metastatico in genere. — CAP. II. Delle proprietà metastatiche dell'elemento neoplastico. — CAP. III. Diffusione dell'elemento neoplastico nell'organismo. — CAP. IV. Comportamento locale delle metastasi. — CAP. V. Le metastasi nei tumori sperimentali. — *Parte Speciale*: Le metastasi considerate nelle varie sedi. Pelle. Mammella. Tiroide. Cavità orale. Ghiandole salivari. Esofago. Stomaco. Intestino. Fegato e Vie Biliari. Milza. Peritoneo. Rene e Capsula surrenale. Vescica. Testicolo. Utero. Ovaio. Laringe. Polmoni e bronchi. App. circolatorio. Ossa. Sistema nervoso. Apparato visivo.

Un volume in 8° di pagg 344 con 23 figure intercalate nel testo e 2 tavole fuori testo. Prezzo L. **50.** Per i nostri abbonati sole L. **46.75** in porto franco.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo « per l'Ufficio postale Succ. diciotto », ROMA. Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

☛ *Importantissime pubblicazioni:*

La Tubercolosi polmonare

dal punto di vista clinico e sociale

per cura di U. CARPI e G. RONZONI, in collaborazione di B. AGAZZI, G. ALLEVI, C. ARRIGONI, E. BERTARELLI, M. BERTOLINI, G. CASTIGLIONI, C. CATTANEO, C. GAMNA, C. GOZZI, L. MANGIAGALLI, F. MARCORA, F. MICHELI, A. MONTI, F. PERUSSIA, E. PICENI, V. RONCHETTI, P. RONDONI, E. RONZANI, G. SALVINI, A. VARISCO, E. VERATTI, A. ZIRONI.

Due volumi in nitidissima veste tipografica: il primo di pagg. XVI-539 con 135 figure in nero, a colori e in tricomia nel testo e tre tavole litografiche; il secondo di pagg. XVII-538 con 79 figure in nero e in tricomia nel testo. Prezzo complessivo dei due volumi L. **190,** *più le spese postali di spedizione.* Ai nostri abbonati i due volumi sono ceduti *franchi di porto,* per sole L. **170,** inviando questa somma mediante Vaglia Postale al Signor LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, ROMA, per l'Ufficio postale Succursale diciotto.

A. CAMPANI. A. ILVENTO e G. MENDES.

Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia

Oltre essere un trattato del più alto valore scientifico, è anche una preziosa guida utile ad ogni medico pratico per orizzontarsi nella non facile scelta dei luoghi più adatti del nostro Paese, ove un malato di petto od un predisposto possa venire convenientemente accolto e curato.

Sono 3 volumi in-8, di complessive 674 pagine, in ottima veste tipografica, corredati da 45 nitidissime illustrazioni.

In commercio a L. **23.30.** Per i nostri abbonati sole L. **20** in porto franco.

Dott. prof. CARLO DE GREGORIO — Lib. doc. nella R. Università di Roma.

SINDROMI IPOFISARIE

Sommario. — Introduzione. — PARTE PRIMA: **Premesse di morfologia, fisio-patologia e diagnostica generale ipofisaria.** — Cap. I. Anatomia dell'apparato ipofisario. I quattro tessuti che lo compongono. — Cap. II. Fisiopatologia sperimentale e clinica; le localizzazioni funzionali dell'apparato ipofisario. — Cap. III. Semiologia e diagnostica generale dell'ipofisi. Alterazioni della sella turcica. Sintomi oculari. Sensibilità agli estratti ipofisari. Cefalea pituitaria. Adiposità ipofisaria. Ipotermia. Alterazioni nella tolleranza dei carboidrati. Cachessia. Disturbi dall'apparato genitale. Sintomi scheletrici. Sintomi tegumentari. Sintomi neurovegetativi. Poliuria. Sintomi psichici. Sonnolenza e narcolissia. Sintomi di squilibrio interglandolare associati alle lesioni ipofisarie. — PARTE SECONDA: **Le sindromi cliniche ipofisarie.** — Cap. I. Divisione clinica-patogenetica delle sindromi ipofisarie. — Cap. II. Sindromi ipofisarie: 1) Cachessia ipofisaria; 2) Nanismo ipofisario; 3) Infantilismo ipofisario; 4) Feminilismo ipofisario; 5) Distrofia adiposo-genitale; 6) Diabete insipido ipofisario; 7) Acromegalia; 8) Gigantismo ipofisario ed acromegalo-gigantismo; 9) Temperamento ipopituitarico, iperpituitarico, dispituitarico.

Un volume in-8°, di pagg. 156, con 8 figure e 6 tavole fuori testo, nitidamente stampato su ottima carta. Prezzo L. **15.** Per i nostri abbonati sole L. **13.50** franco di porto.

Prof. SANTE DE SANCTIS della R. Università di Roma

Neuropsichiatria Infantile

Patologia e Diagnostica

(Vederne l'indice completo a pagina 395 del Fasc. 11, Sez. Pratica 1926)

Su questo libro del Prof. Sante De Sanctis, così si è espresso l'illustre Prof. **Enrico Morselli**:

«... È un libro che, per usare una frase comune, ma in nessun caso più adatta come in questo, **che fa onore alla scienza italiana**».

Il Prof. **Emil Kraepelin,** di Monaco, si è pronunziato come segue:

«... Già con una rapida scorsa mi son potuto persuadere, che il suo lavoro rappresenta un progresso straordinarissimo nella nostra conoscenza dei disturbi psichici giovanili in un campo, che purtroppo finora fu troppo trascurato dai psichiatri. Io ammiro sinceramente l'immenso dispendio di lavoro, da lei impiegato per descrivere tutto questo campo alla mano di esperienze esaurienti e per costruire veramente del tutto **ex-novo** in parecchi punti.

«Ma è anche chiaro, che certamente nessuno come lei era preparato in maniera così eccellente a questo còmpito. Io sono persuaso che la sua opera rimarrà per lungo tempo la base per la nostra conoscenza delle malattie nevropsichiche giovanili...».

Un grosso volume in-8 grande, di pagine 995, nitidamente stampato su ottima carta, con 129 figure nel testo ed elegantemente rilegato in tela. In commercio L. **140** *più le spese postali di spedizione.* Per i nostri abbonati sole L. **120** *in porto franco* per l'Italia. Per l'Estero va aumentato il 15 % per le maggiori spese postali per la spedizione.

... per l'Ufficio postale Succ. diciotto» ROMA

ANNO XXXIV Roma, 28 Febbraio 1927 Fasc. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Come alleviare o evitare il dolore nelle medicazioni.

Prof. D. TADDEI
Direttore della Clinica chirurgica generale della R. Università di Pisa.

In un recentissimo articolo della « Münchener Medizinische Wochenschrift » (n. 47, 1926) il prof. Krecke esprime interessanti osservazioni su di un argomento quant'altri mai importante per la pratica, quale è quello di evitare il dolore nelle medicazioni (1).

Questo argomento è importante per varie ragioni. Esso è, si può dire in modo assoluto, ignorato nei libri Tecnica chirurgica, nei Trattati di Medicina operatoria.

Il capitolo dell'Anestesia è considerato solo in rapporto con le vere e proprie operazioni chirurgiche, siano esse più o meno importanti, siano di lunga o di breve durata, ma non in rapporto colle medicature.

Il risparmio del dolore nell'operazione fa benedire la chirurgia; ma il dolore nelle medicature fa dimenticare ogni altro beneficio e crea tanti nemici alla chirurgia, tiene lontani tanti, che dalla chirurgia potrebbero avere i più grandi vantaggi.

Ci sono certi ambienti chirurgici (ambulatori, sale di medicazione) che sembrano, e forse sono, luoghi di inutile tortura, tali e tante sono le grida, i lamenti, i pianti, che da essi si elevano e che generano nei profani, che li odono, un senso di ribrezzo, di repugnanza, di disgusto.

Soppressione del dolore nella medicazione vuol dire: Medicazione esatta, ben fatta, completa con l'eliminazione delle reazioni motorie e psichiche del malato, con enorme vantaggio del chirurgo e del malato stesso.

Il dolore è indice quasi sempre di flogosi, a parte il dolore delle lesioni traumatiche. Se l'intervento vince presto l'infezione, anche il dolore sia spontaneo sia provocabile è vinto. Le ferite chirurgiche, che seguitano a dolere nelle medicature a qualche distanza di tempo, indicano che il chirurgo non è stato preciso, completo o almeno non è riuscito a vincere alla prima.

Le tecniche, che mirano a far soffrire il meno possibile i malati, che ricorrono alle nostre cure, io cerco di insegnare dalla cattedra e di inculcare nel personale che mi assiste. Ho dimostrato come questo dolore sia dannoso, anche moral-

(1) Vedi un largo sunto in: *Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche*, n. 47, 1926.

mente, al malato ed al chirurgo nella mia Conferenza « I nemici della chirurgia ». (Conferenze e Lezioni — Unione tip. editrice Torinese 1926).

Ho illustrato e praticato in migliaia e migliaia di medicazioni l'anestesia con etere, da me detta per « Blocco psichico » innocua ed utilissima, riconosciuta come « meravigliosa » da quanti l'hanno vista applicare.

Tutte le volte che si debbono praticare medicature lunghe, complesse, inevitabilmente dolorose, poichè l'anestesia locale o regionale sono in molti casi impossibili o sconsigliabili, io credo che l'anestesia generale con uno dei metodi proposti per le anestesie di breve durata sia più che utile, necessaria. Fra queste la migliore è la mia Anestesia per blocco psichico, o l'ebbrezza eterea i cui vantaggi non è qui il caso di ripetere (2).

I malati, che hanno rifiutato alla prima medicatura dolorosa l'anestesia (ed il chirurgo li ha erroneamente accontentati) e ad una seconda ne hanno capito il beneficio, seguitano a richiederla nelle medicature successive. Io l'ho praticata in molti malati (ad es.: artriti purulente, fratture comminute infette, flemmoni, ecc. individui a sensibilità esagerata ecc.) più volte anche a giorni alterni con immenso vantaggio e senza alcun inconveniente o pericolo.

Nei casi, nei quali non si voglia, non si possa, non si creda di usare questo mezzo, l'alleviamento del dolore nella medicazione dipende dalla tecnica, che si usa, più che della dolcezza di chi pratica la medicazione. È questione di metodo, come in quasi tutta la tecnica operativa: Se questa tecnica urta usi tradizionali, è difficile riuscire ad ottenere che il medico pratico la modifichi: Solo pochi, che ragionano veramente, riescono a capire che come facevano facevano male e che sono accettabili o almeno da provare le pratiche consigliate, da chi, da tempo si dedica e nella scuola e nel giornale a combattere sulla base dell'esperienza vissuta gli errori di tradizioni fondate su basi empiriche, seguite senza discuterne i danni o le manchevolezze, con quella facilloneria, che spesso confina coll'incoscienza del male che si provoca.

Certo medicare bene e quindi con il minimo di sofferenza per il paziente, vuol dire rendere più complessa la preparazione, più minuta l'educazione del personale di assistenza, più numeroso questo personale: Medicare bene e senza dolore vuol dire però far guarire più presto il malato.

Per quanto lentamente debbo constatare per parte mia che moltissime delle idee e delle tecniche, da me proposte, sono ormai seguite, e non solo da miei allievi, che le hanno viste applicare e ne hanno constatato de visu gli effetti, ma anche da molti, che solo hanno letto gli articoli da me scritti. È necessario, è doveroso quindi insistere.

Su molti punti sostenuti dal Krecke nel suo bell'articolo porto ogni mia approvazione: su altri dissento più o meno nettamente.

È giustissimo che non bisogna lavare, asciugare, comprimere, sondare, far subire irritazioni, stiramenti alla ferita senza il più assoluto bisogno: si deve non solo preoccuparsi, oltre che della ferita, del malato, ma ricordare che ogni azione meccanica disturba in misura più o meno sensibile il processo di riparazione.

Giustamente il Krecke distingue fra le norme, che debbono guidare il chirurgo per alleviare il dolore, quelle preventive.

L'esportazione dei tamponi o dei drenaggi è indubbiamente una manovra dolorosa, specie nelle ferite suppuranti. Norma importantissima è quella di tamponare e drenare il meno possibile. Il tamponamento talora utile, talora indispensabile, ma è spesso superfluo, non di rado dannoso.

L'abolizione del tamponamento e del drenaggio addominale quando si è potuto bene peritoneizzare la parte dove esistevano fatti infettivi lievi o sospetti (quando, ad es., si è avuta scontinuità della parete del tubo gastro intestinale), quando si è potuto ottenere una accurata emostasi, ciò che è quasi sempre possibile, rappresenta un progresso ormai constatato e seguito dalla maggior parte dei migliori chirurghi moderni.

Il drenaggio applicato contro una sutura gastro-intestinale è uno dei peggiori procedimenti.

Nelle suppurazioni, nelle emorragie non frenabili del ventre però il tamponamento o il drenaggio sono indispensabili. Non si useranno mai striscie « lunghe un metro e più », ma garze applicate in modo che riesca poi facile la metodica dell'estrazione. La superiorità della garza ben *chiffonée* sul tubo, sul drenaggio a sigaretta è secondo me, al contrario di quanto sostiene il Krecke, assoluta. Il tubo nella cavità addominale, se non declive (come di solito avviene se non si sono praticate aperture lombari) non drena, può dare decubiti sulle anse con cui è a contatto: Le aderenze egualmente si determinano non tanto per il drenaggio quanto per la speritoneizzazione e l'infiammazione.

Invece è importante mantenere il tampone o drenaggio finchè si è costituita una parte di difesa e quindi abolirlo senza riapplicarlo, utilizzando invece la posizione declive del malato messo nel letto, sul fianco o prono in modo che sia facilitata la fuoriuscita dei secreti. Basta fin-

(2) Vedi: *Riforma medica*, anno XXV, 42-43-44.

chè si mantiene il drenaggio, il cambio indoloro della medicatura esterna quando è sudicia o dà cattivo odore. Si deve ricorrere alla remozione, eventualmente al cambio della o delle garze di drenaggio, quando persistono febbre e fenomeni generali o locali (dolore, arrossamento, edema); ma in tal caso è necessario ricorrere quasi sempre all'anestesia, perchè vuol dire che il focolaio suppurativo non è dominato ed è necessario vedere od assicurarsi col dito introdotto dove esistono diverticoli non dominati, ecc. (3).

Negli ascessi, nei flemmoni, negli antraci ecc. l'applicazione del drenaggio piuttosto stipato deve essere limitata nel tempo: cioè il drenaggio, remosso dopo 3-4 o pochi più giorni, non deve essere più applicato e ciò è possibile se l'incisione è stata conveniente, se tutto il focolaio suppurativo è stato dominato.

Nei paterecci, nei flemmoni della mano e del piede e dove esiste tendenza ad addossarsi dei margini delle ferite, l'escisione semilunare (nell'insieme elittica) dei margini invece della semplice incisione, è una pratica ottima: Così nei focolai profondi, dove i muscoli soprastanti tendono ad avvicinarsi e a impedire quindi la vista ed il dominio della cavità profonda, l'applicazione di punti a U, che trafiggono la pelle e mantengono divaricati i muscoli e beante la ferita, è utilissima.

Ma per ottenere di fare medicazioni rare, di mantenere il drenaggio primitivo senza sostituzioni successive o con pochissime riapplicazioni, di abolire anche il drenaggio in certe suppurazioni bisogna fare in narcosi l'incisione in direzione conveniente, dell'ampiezza necessaria per essere sicuri di non lasciare in alcun punto ristagno, bisogna che l'incisione sia il più possibile declive: Per es. nell'empiema l'incisione declive (4) permette non solo la guarigione rapida senza fistola, ma l'abolizione di ogni drenaggio.

Bisogna ricordare che a un certo momento il drenaggio diventa un corpo estraneo, che mantiene la suppurazione.

Un particolare importante nella remozione della medicatura è quello che si riferisce alla pratica, per me erroneamente seguita da un grande numero di chirurghi, e cioè quello di bagnare la garza, che ricopre o che è stata introdotta nella cavità.

Giustamente il Krecke fa notare che l'uso dell'acqua ossigenata, da molti impiegata con l'illusione che le bollicine d'ossigeno nascente favoriscano il distacco della garza dai margini della cavità, non ha fondamento: con l'acqua ossigenata non si ottiene di più che con ogni altro liquido.

Il Krecke preferisce il rammollimento della medicatura nel bagno caldo. Il rammollimento della medicatura secondo me è inutile e dannoso: La remozione senza alcun bagno è preferibile. Io la pratico costantemente senza che nelle mie stanze di medicatura si senta un lamento.

Il bagno è pericoloso. Qualunque sia la soluzione cosidetta antisettica che si usa, o si usi semplicemente acqua sterile, è certo che non si distruggono nè i germi della cavità suppurante, nè quelli della cute circostante: Il bagno non fa che rappresentare un veicolo per trasportare i germi della cute circostante nel focolaio: In un caso di mia osservazione in un focolaio di osteomielite dell'astragalo in via di riparazione un bagno caldo del piede, fatto con ogni cautela asettica, fu seguito immediatamente da una riacutizzazione per parte di un bacillo prima inesistente nella ferita, ma esistente sulla cute del piede, che richiese un nuovo intervento e un prolungamento della guarigione di oltre 2 mesi. Difficile praticamente è avere recipienti sicuramente sterili per l'immersione della parte: Il liquido che entra nella cavità drenata ha bisogno di manovre dolorose e dannose per il prosciugamento successivo: Se si tratta di antisettici questi sono dannosi per gli elementi che provvedono alla riparazione della ferita: Le piccole quantità di liquido, che ristagnano, favoriscono con l'umidità, invece di produrre un'azione antisettica, il pullulare microbico (5).

La medicatura deve essere asettica ed asciutta: Bisogna per impedire l'immissione di germi, fare drenaggi scarsi e rari.

Ciò, ripeto, dipende dalla conveniente incisione. Prima di riintrodurre un drenaggio bisogna pennellare con alcool jodato debole fino a qualche distanza i margini della ferita, con i quali la garza può venire a contatto.

Per il dolore nelle medicature a piatto conviene agire non strappando rapidamente ed insieme tutti gli strati di medicazione esterna ed interna, ma allontanando lentamente strato per strato; lo strato ultimo aderente ai margini della ferita deve essere ridotto a un semplice foglio di garza.

Se la suppurazione è stata vinta, se il drenaggio è tolto dopo vari giorni, quando i nervi sono già ricoperti da tessuto di granulazione, il dolore è nullo o minimo e sopportato senza reazioni motorie, senza dimostrazioni verbali.

Col tamponamento con olio, vaselina o con garza spalmata di vaselina o lanolina (al ni-

(3) Vedi: *Il medico pratico*, 1921, n. 56; *Riforma medica*, XXXVI, n. 10.

(4) Vedi: *Policlinico*, Sez. Pratica, 1923.

(5) *Riforma medica*, XXXV, fasc. 38.

trato d'argento, al balsamo del Perù ecc.) si abolisce una delle principali azioni del drenaggio con garza e cioè la capillarità. Il secreto spesso ristagna perchè è insufficiente la fuoriuscita tra la parete della cavità e la garza spalmata di pomata.

Solo che la medicazione sia un po' complicata e cioè non si tratti di una semplice medicazione a piatto su ferite in via di avanzata riparazione, è necessario che il malato sia ben denudato fino a una certa distanza della parte dove la medicatura si deve eseguire, deve essere in posizione conveniente per la medicatura, non scomoda per il malato; questi deve essere coricato, anche se si tratta dell'arto superiore, non deve guardare quello che il chirurgo fa, deve essere distratto da un assistente, non deve accorgersi di quello che viene fatto. Spessissimo i malati si meravigliano che la medicatura sia già compiuta, tanta è stata l'insensibilità contro ogni loro previsione.

È pessima pratica illudere il paziente affermando che la medicazione è finita, quando invece c'è ancora tempo: Io trovo preferibile avvertirlo che ci sono ancora 2-3-5 minuti: Non bisogna adirarsi contro le espressioni talora vivaci, contro i movimenti istintivi riflessi o involontari o almeno quasi involontari, anzi esprimere al malato che tali espressioni, tali reazioni motorie sono giustificate, riconosciute, comprese.

La medicatura è dal chirurgo ritenuta spesso un'operazione di minimo conto ed affidata agli allievi più giovani, in ambienti inadatti, con strumenti insufficienti o di scarto, senza aiuto conveniente. La medicatura è invece da ritenersi, almeno finchè la ferita non è sdrenata, medicata a piatto, ricoperta di buone granulazioni protettrici da ogni inquinamento, come un atto importantissimo. Deve medicare chi ha applicato i drenaggi e ne conosce quindi la direzione, la disposizione, le modalità, la quantità di pezzi di garza usata ecc.: Egli solo sa quali sono quelli da togliere prima, in che senso, ecc.

Chi medica non deve mai essere solo: ma avere un aiuto, che divarichi i margini, che eventualmente tocchi parti non sterili, che sia pronto in caso di incidenti (emorragia, lipotimia ecc.). Non si parla poi dell'aiuto, che è necessario per mantenere la parte bene afferrata in buona posizione, durante la medicazione, per praticare la fasciatura successiva nell'atteggiamento più conveniente. Tutto questo personale deve essere perfettamente istruito ed allenato: Mai ci si deve mettere a compiere medicazioni un po' complesse con personale inesperto, sconosciuto « di fortuna ».

Se si tratta di medicature fissate con cerotto bisogna badare che la parte sia sempre bene rasata. Il dolore nel distacco del cerotto dipende della trazione sui peli o sui monconi di peli (talora di lanuginé).

La medicazione per quanto metodica completa, precisa, lenta nei momenti necessari (distacco delle garze aderenti, di quelle introdotte) deve nell'insieme essere rapida in tutti gli altri tempi, nei quali ciò è possibile, come nell'applicazione esterna delle garze nuove ecc.; e ciò si ottiene avendo tutto (materiale e strumenti) previsto, pronto, a portata di mano.

La ferita non deve essere mai sondata: Lo specillo è uno strumento dannoso, pericoloso, inutile (false strade, false sensazioni ecc.): Piuttosto che sondare un seno fistoloso si ricorra alla radiografia previa introduzione di olio jodato o a mezzi simili. L'unico sondaggio ammissibile è quel del dito rivestito di guanto.

Anche l'ablazione dei punti o delle agrafes nelle ferite guarite di 1ª intenzione è dolorosa, se non si segue una tecnica conveniente e cioè: per i punti staccati, introduzione di una branca di forbice piccola nel punto dove da un lato il filo affiora la pelle e quindi trazione sui capi liberi del nodo, previamente presi con una pinza anatomica — per le suture continue una tecnica simile, che mi pare inutile descrivere — per le agrafes l'uso di pinze, che non solo rettilineizzino l'angolo, ma lo rendano ottuso in senso opposto.

Convengo pienamente col Krecke che ogni compressione della ferita, ogni strofinamento sono dannosi: La ferita non deve sanguinare, cioè non si deve ledere la protezione delle granulazioni.

In certi casi di granulazioni facilmente sanguinanti, nelle piaghe degli arti, è utile applicare una fascia elastica distale stretta sì da non dare dolore: essa impedisce ogni emorragia (importante anche se piccola in individui anemizzati o il cui sangue ha subito un'emolisi tossica), ma agisce anche come lievemente anestetizzante.

Se è necessario assicurarsi che in qualche diverticolo ristagna pus, si può comprimere a distanza con un tampone, oppure, se si deve togliere qualche essudato dalla ferita, questo si faccia con pinze o con piccoli batuffoli montati su pinza, che agiscano limitatamente al punto dato, sempre sotto il controllo della vista, facendo delicatamente divaricare il margine o i margini cutanei (eventualmente muscolari) con un divaricatore ottuso.

Se esistono granulazioni esuberanti si abbandoni la pratica della causticazione con nitrato

d'argento: Si provocano così dolori inutili per l'azione del nitrato d'argento sui nervi dei margini; si ottiene una distruzione limitatissima per la coagulazione degli strati superficiali, si provocano spesso pigmentazioni definitive della cicatrice. Si usi invece l'escisione delle granulazioni a raso della cute con forbici curve sul piatto: le granulazioni sono insensibili perchè prive di nervi.

In molti casi basta l'applicazione di striscie di cerotto jodato a cornice sui margini secondo la tecnica, da me più volte descritta, sempre seguita con ottimi risultati (6).

Anche nel fasciare, nel mettere l'arto o la parte nella posizione voluta, nell'applicare una ferula, è necessario procedere dolcemente e metodicamente per parte di personale pratico.

L'immobilità della parte è un elemento importante per abolire il dolore. Più che gli apparecchi fenestrati, nidi di sudiciume, sono preferibili gli apparecchi a ponte, specialmente indicati nelle fratture infette, nelle artriti suppurative (7).

Se dopo la medicatura, specie se si è applicata una ferula, una doccia, un apparecchio rigido, il paziente accusa dolore, bisogna provvedere immediatamente tagliando le fascie in corrispondenza del punto dolorante, eventualmente rimovendo parzialmente o completamente la fasciatura, imbottendo i punti scarsamente protetti da cotone, specie dove lo scheletro è superficiale ecc.

Il chirurgo, il quale ottiene che i malati medicati da lui stesso o dal personale da lui educato non soffrano, ottiene non solo di eliminare nel pubblico profano la sensazione, purtroppo mantenuta da tanti chirurghi « di mano pesante », che la Clinica sia un luogo di tortura, sia pure a fine di bene, non solo di diminuire i « nemici della chirurgia »; ma anche di giovare a se stesso facendosi il nome di possedere quella « leggerezza di mano » che non è una dote innata, ma un portato della tecnica esatta e metodica, e di procurarsi anche la soddisfazione, che viene dal vedere il malato sorridente e grato di non avere sofferto.

Sono questi malati specialmente, che contro la loro previsione e preoccupazione non soffrono, mentre hanno sentito narrare le sofferenze di malati simili a loro, che diventano gli amici e i divulgatori del valore del chirurgo, gli esaltatori della chirurgia benefica apportatrice di guarigione senza sofferenza.

Pisa, dicembre 1926.

---

(6) *Riforma medica*, anno XXXIV, n. 13.

(7) *Riforma medica*, 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSP. CIVILE DI URBINO.
Chirurgo primario: prof. ARTURO MANNA.

Contributo alla cura del tetano

per il dott. FERDINANDO FATTORI, aiuto.

La casistica Italiana ed estera è ormai concorde nel dimostrare la efficacia della cura del tetano mediante le iniezioni sottocutanee e persino endovenose di acido fenico, cura che per i numerosi e brillanti risultati ottenuti, si è saputa imporre sopra tutti gli altri metodi.

Essa ha infatti ormai quasi completamente soppiantata la sieroterapia, poichè si è potuto clinicamente dimostrare che, se il siero ha una spiccata azione preventiva contro i bacilli e le tossine, a poco giova a tetano conclamato, quando cioè queste tossine si sono già fissate sulla cellula nervosa.

Purtuttavia in alcune speciali condizioni e cioè quando il tetano ha un breve periodo di incubazione e quindi una più rapida evoluzione e quando anche vi è scarsa resistenza organica dell'individuo colpito, questo farmaco non esplica o non ha il tempo di esplicare la sua azione benefica.

Inoltre se all'acido fenico è stata ormai riconosciuta un'azione sicuramente curativa, ancora poco certa è la sua azione preventiva. Infatti Kumbein facendo numerose esperienze sopra i topolini ha trovato che questi restano immunizzati da una possibile infezione tetanica solo se all'inoculazione fenica viene accoppiata quella del siero.

Infine in qualche individuo si è riscontrato che l'acido fenico è capace di produrre alterazioni tali del parenchima renale, da dover immediatamente troncare ogni ulteriore somministrazione del farmaco ed esser costretti così a ricorrere nuovamente alla sieroterapia.

Ecco perchè da poco tempo è stata tentata la cura combinata con risultati veramente lusinghieri.

*
* *

Date quindi le discussioni cui ha dato luogo questo speciale metodo di cura, credo utile riferire due casi clinici, osservati e curati in questo ospedale, in cui la cura combinata ebbe un ottimo effetto. Non intendo con ciò di voler in qualsiasi modo diminuire la grande efficacia della cura fenica, ma solamente desidero portare un maggior contributo alla terapia di questa terribile malattia, contributo che si basa specialmente, come ho detto, sulle due cure com-

binate: siero ed acido fenico, giacchè a mio avviso mi sembra non si possano disgiungere dato il loro differente modo di azione; e cioè il primo sullo sviluppo dei germi e delle tossine, il secondo quale mezzo disintossicante delle cellule nervose già invase dal morbo.

Ecco ora in breve le storie cliniche:

PRIMO CASO. — C. Alfredo, di anni 31, da Monte Soffio (Urbino). Nulla nel gentilizio. Nell'anamnesi remota, personale, tolti i comuni esantemi dell'infanzia ed una broncopolmonite in tempo di epidemia, null'altro degno di nota.

Il 19 novembre 1925, mentre scalzo procedeva al taglio del foraggio per le bestie si produsse una piccola ferita da punta e taglio al calcagno sinistro. Medicò la ferita poco dopo con tintura di iodio, ed il giorno seguente ritornò ai lavori campestri non avvertendo che un modico dolore alla regione colpita.

Per altri tre giorni non avvertì alcun disturbo e già si credeva completamente guarito dalla piccola lesione, quando il 23 a mattina nell'andare al consueto lavoro avvertì una certa spossatezza generale, un senso di peso alla testa ed una lieve dolenzia ai muscoli masseteri ed agli arti inferiori.

Pensò ad una forma influenzale e non diede alcun'importanza a questi fatti, benchè si fosse accorto che invece di regredire tendevano al peggioramento.

Il giorno seguente notò che i movimenti di masticazione si erano notevolmente limitati, che i movimenti sia attivi che passivi degli arti inferiori erano dolorosi e che tutta la persona — come asserì l'infermo — era presa da scosse dolorosissime, scosse che gli facevano contrarre tutte le masse muscolari.

Mandò nella mattinata stessa per il medico, il quale, constatata la infezione grave del suo cliente, consigliò i famigliari di ricoverarlo di urgenza all'Ospedale.

Infatti il giorno stesso, ad ore 16 circa, viene condotto alla nostra osservazione.

All'esame obbiettivo dell'infermo si nota in corrispondenza della parte posteriore della regione plantare del piede sinistro, una piccola ferita l. c. in via di completa cicatrizzazione. Opistotono cervicale evidentissimo; poco il dorsale. Dolorabilità agli arti inferiori; difficoltà alla respirazione; trisma non completo potendosi le arcate dentarie divaricare per circa cm. 1 e mezzo. Frequenti scosse toniche a tutti i muscoli del tronco che si ripetono con maggiore frequenza e intensità dopo qualsiasi movimento sia attivo che passivo dell'infermo. Lingua fortemente patinosa. Le pupille sono in leggera miosi ed il volto un poco contratto presenta i caratteri del cosidetto riso sardonico. Polso piccolo ma non molto frequente mentre la temperatura è quasi normale.

In base a questi sintomi viene subito fatta diagnosi di tetano.

Messo l'a. in camera di isolamento lontano da qualsiasi rumore, gli vengono immediatamente inoculate sotto cute 8000 U I di siero antitetanico dell'I. S. M. Nello stesso tempo vengono ordinate iniezioni di cloralio e morfina, iniezioni che si praticano nei momenti di maggiore eccitabilità.

L'alvo si mantiene chiuso; esiste paresi vescicale e l'urina estratta col cateterismo non presenta nulla di anormale eccettuato un P. S. un poco aumentato (1025).

25 novembre. Le condizioni dell'infermo sono alquanto peggiorate; benchè la temperatura si mantenga sui 37,5 il polso raggiunge 135 pulsazioni al m'. Si riscontra maggiore contrazione dei muscoli masticatori; opistotono in aumento e doloroso — gli arti inferiori in completa rigidità muscolare e impossibilitati a qualsiasi movimento sia attivo che passivo. Miosi in leggero aumento.

Si iniettano sottocute altre 8000 U I di siero.

26 novembre. Le condizioni generali dell'infermo sono immutate. Si iniettano altre 6000 U I di siero.

27 novembre. Le condizioni dell'infermo sono pressochè invariate; lievemente aumentata la temperatura (37,9) e diminuita la quantità di urina estratta col cateterismo. L'alvo si mantiene sempre chiuso malgrado due clisteri a base di glicerina. L'a. è preso da frequenti contrazioni muscolari di tutto il corpo dolorosissime e da insonnia ostinata. Il respiro è sempre più superficiale.

Si iniettano sottocute 4500 U I di siero e si incominciano le iniezioni di acido fenico al 2 % in dose di un cmc. ogni quattro ore.

28 novembre. La temperatura è in aumento (38,7) mentre il polso scende a 84. Le condizioni generali sono sempre stazionarie.

Si iniettano altre 4500 U I di siero e le iniezioni di acido fenico vengono praticate ogni tre ore ed in dose di cmc. 1 mezzo.

29-30 novembre. In questi due giorni si ripetono le iniezioni di siero in dose di 3000 U I mentre le iniezioni di acido fenico vengono praticate ogni due ore sempre in dose di cmc. 1 e mezzo.

Il 1° dicembre 1925 si manifestano segni evidentissimi di anafilassi da siero, ed allora questo viene sospeso mentre si continuano e sempre alla medesima dose le iniezioni di acido fenico.

Le condizioni generali dell'infermo accennano ad un lieve miglioramento; si sono avute tre scariche alvine dietro altri due clisteri di glicerina. Gli arti superiori rimasti sino ad oggi in leggera contrazione riprendono quasi il loro normale funzionamento. Le contrazioni muscolari provocate dai rumori esterni sono sempre dolorose ma in grado minore.

Il 2 dicembre si aumenta la dose di acido fenico portandolo a 2 cmc. ogni due ore benchè i fatti generali siano notevolmente diminuiti.

Permane è vero l'opistotono ma l'infermo può riposare, e muovere in certi momenti anche gli arti inferiori. Le arcate dentarie quasi completamente chiuse ora si divaricano per circa 2 centimetri e mezzo di distanza tra loro e l'infermo può senza molestia deglutire liberamente le sostanze liquide che gli vengono somministrate.

L'esame delle urine eccettuata una notevole fosfaturia è negativo per tutto il resto, ed anche il suo peso specifico è sceso a 1018.

3 dicembre. Le condizioni generali sono notevolmente migliorate, ma si mantengono invariate le contrazioni dei muscoli toracici. Si ripetono sempre le iniezioni di acido fenico alla medesima dose ed alla medesima distanza.

4-5-6 dicembre. Condizioni pressochè invariate. Si continua la cura fenica sempre alle stesse dosi.

7 dicembre. Le condizioni generali dell'infermo sono oggi alquanto migliorate; permane ancora una forte rigidità della nuca e dei muscoli masticatori. L'infermo ha urinato spontaneamente e l'esame delle urine è stato completamente negativo. La temperatura, che nei giorni precedenti si era mantenuta pressochè invariata, è scesa a 37,3 ed il polso a 68.

Si continuano le iniezioni di acido fenico ogni 2 ore e mezzo e sempre alla medesima dose.

8-9 dicembre. Condizioni generali pressochè invariate. L'infermo continua ad urinare spontaneamente, e anche la defecazione è normale.

10 dicembre. Diminuisce la rigidità della nuca e dei muscoli masticatori. Le iniezioni di acido fenico alla dose sempre di 2 cmc. vengono praticate ogni tre ore. L'esame delle urine dà esito negativo; anche la fosfaturia riscontrata nell'ultima analisi è quasi del tutto scomparsa.

11 dicembre. Le condizioni generali sono ancora migliori. Si riduce la quantità di acido fenico ad 1 cmc. ed alla distanza di tre ore.

12 dicembre. La rigidità della nuca permane in modico grado; va scomparendo quella dei muscoli masticatori; l'infermo può muoversi liberamente nel letto e passivamente può essere mantenuto per qualche tempo nella posizione seduta. Le iniezioni di acido fenico alla dose di 1 cmc. vengono praticate ogni quattro ore.

13-14 dicembre. Fatti generali sempre in miglioramento. Le iniezioni di acido fenico vengono ora ridotte però a tre sole al giorno ed alla dose di un cmc. per volta.

15 dicembre. L'infermo può deglutire anche una minestrina in bianco e spontaneamente può scendere dal letto. Ripetuto ancora una volta l'esame delle urine queste si trovano normali in tutti i suoi componenti.

16 dicembre. Oggi si sospendono le iniezioni di acido fenico. L'infermo muove senza alcuna molestia i primi passi per la stanza come pure ingerisce i cibi solidi che gli vengono somministrati. Non ha avvertito più contrazioni muscolari come non avverte alcun dolore.

17-18 dicembre. Condizioni sempre migliori.

19 dicembre. L'infermo dietro suo vivissimo desiderio viene dimesso dall'Ospedale, ed al momento della sua uscita le condizioni sono le seguenti:

Condizioni generali di nutrizione discrete; deambulazione quasi normale; completi i movimenti della nuca, del tronco e degli arti; oculomozione normale. — Il VII ed il XII paio di nervi cranici normali — riflessi rotulei un poco esagerati mentre è assente il Babinski. Non clono del piede. Presenti i riflessi del bicipite e del tricipite, e quelli addominali che appaiono accentuati; cremasterico, assente. Dermografismo evidentissimo.

SECONDO CASO. — M. Ettore, a. 6. Urbino. Nulla risulta nell'anamnesi remota famigliare e personale. Circa l'attuale malattia la madre riferisce che il bambino quattro giorni prima della sua entrata in Ospedale (21 giugno 1926) durante alcuni esercizi ginnastici, cadeva a terra rompendosi nella caduta il primo incisivo inferiore di destra. Fu medicato sul posto sommariamente e, cessata la modica emorragia, non fu data più alcuna importanza al piccolo incidente.

Senonchè tre giorni dopo comparvero i segni manifesti di una infezione tetanica, segni che spinsero il medico curante a far ricoverare il piccolo infermo nel nostro ospedale.

Alla sua entrata presentava: opistotono cervicale e dorsale completi; trisma accentuatissimo; leggera miosi; contrattura dei muscoli del volto il quale presentava tutti i caratteri del così detto riso sardonico; contrattura notevole dell'intiera parete addominale; paresi vescicale; alvo chiuso; respiro difficoltoso e superficiale; polso piccolo e frequente; temperatura 38.6; scosse toniche dolorosissime insistenti.

Facile anche in questo caso era la diagnosi, e, basandomi sui buoni risultati ottenuti con la cura applicata al 1° caso, furono iniettate immediatamente 6000 U I di siero antitetanico.

In tre giorni si iniettarono complessivamente 18,000 U I di siero e si praticarono clisteri di cloralio all'1.50 %. Al quarto giorno si ebbero segni ben manifesti d'anafilassi da siero e si diede principio alle iniezioni di acido fenico sempre al 2 % e in dose di 1 cmc. ogni 5 ore.

Il decorso della malattia fu quasi normale; dico quasi, giacchè dopo circa venti giorni dell'entrata in ospedale si notò una paralisi spastica dolorosa dei muscoli delle gambe, paralisi che ben presto scomparve sotto l'azione di frequenti massaggi in bagno caldo.

La fenolterapia fu sospesa in 22ª giornata, quando cioè la temperatura era scesa al normale e i segni di contrattura muscolare erano completamente scomparsi.

Anche in questo caso gli esami ripetuti più volte delle urine diedero sempre risultato negativo per l'albumina, mentre si riscontrò costantemente una notevole fosfaturia.

*
* *

Ho voluto riportare per intiero la storia ed il decorso dei due casi clinici, giacchè mi sembra che essi per il loro brevissimo periodo di incubazione abbiano un notevole interesse.

È opinione che quando il tetano è dichiarato, difficilmente il paziente può salvarsi; e questa opinione si è avvalorata principalmente dopo i numerosi esperimenti fatti sugli animali dal Belfanti, e dal Roux e Borrel dell'Istituto Pasteur, i quali trovarono che quando la tossina aveva raggiunto il sistema nervoso o si era fissata, difficilmente si poteva ottenere la guarigione.

Secondo il periodo più o meno lungo di incubazione il tetano è stato distinto in diverse forme; ma, a mio avviso, la migliore divisione è quella del Julaew, il quale dice che si possono distinguere due forme di tetano: una con un periodo di incubazione da 1 a 10 giorni e con enorme percentuale di mortalità, sino al 95 %; una seconda con un periodo di incubazione da

10 a 15 giorni e con una grande percentuale di guarigioni spontanee.

Dalle cartelle cliniche riportate appare evidente come i casi da me osservati debbono essere annoverati tra quelli che per la brevissima incubazione rispettivamente (5 e 4 giorni) in genere sono mortali.

Il concetto che ci guidò a praticare la cura combinata è dato da diversi fatti, e primo fra tutti da quello che dovrebbe essere il caposaldo di molte cure mediche, cioè di inibire lo sviluppo di tossine.

Ed infatti è stato dimostrato specialmente dopo la guerra russo-giapponese da Kocher, Krönlein, Tilman, ecc., e dopo l'ultima recente guerra mondiale dalla massima parte dei chirurghi che ebbero modo di fermare la propria osservazione principalmente su feriti infetti da sì terribile malattia, che se il siero antitetanico adoperato a scopo curativo, per via sottocutanea, o intramuscolare, o endovenosa, o endocerebrale e anche in forma di applicazioni locali sulla ferita come pomata o in polvere, dava risultati pressochè ugualmente negativi, dava ottimi e sicuri risultati se veniva usato quale mezzo profilattico antitossinico. Nei casi in oggetto senza ricorrere a vie di inoculazione speciali ci siamo fermati sulla più comune e quindi la più pratica: la via sottocutanea, giacchè, dato il lento introdursi in circolo delle antitossine tetaniche, è stato nostro principale avviso saturare piano piano di queste antitossine l'organismo in modo tale da impedire ogni ulteriore sviluppo di tossine tetaniche.

E quando ci sembrò che l'organismo fosse saturo di queste antitossine, e cioè dopo 4 giorni che gli infermi erano sotto la nostra osservazione, e dopo l'inoculazione di 26,500 U I di siero antitetanico dell'I. S. M. per il primo e 18,000 per il secondo, si incominciò la fenolterapia alla Baccelli sottocutanea onde combattere quelle tossine che già avevano avuto il tempo di invadere il sistema nervoso e di fissarsi sulle sue cellule, e cioè quando la malattia avendo superato il suo periodo ascendente veniva a trovarsi, per ulteriore mancato sviluppo di tossine, nel periodo di stato.

E dato il decorso dell'infezione non mi sembra fare un'ipotesi azzardata affermando che se i due infermi da me osservati hanno potuto in breve volger di tempo superare la terribile malattia, lo debbono principalmente al fatto delle due cure accoppiate; giacchè mi sembra logico che se è urgente combattere le tossine già fissate nel sistema nervoso, altrettanto logico e urgente è inibire ogni ulteriore e quindi dannosissimo sviluppo di altre tossine.

R. ARCISPEDALE DI S. M. NUOVA DI FIRENZE.
TURNO ISOLAMENTO.

La cura del tetano col veronale a dosi alte frazionate.

Nota Preventiva

del prof. dott. ADOLFO MÀRTIRI, direttore.

Nel Turno Isolamento del R. Arcispedale di S. M. Nuova di Firenze, che io dirigo da sei anni, vengono accolte alcune varietà di malattie infettive, che dal punto di vista prognostico, possono dividersi in due gruppi: l'uno a prognosi per lo più favorevole, l'altro a prognosi per lo più severa.

Al 1° gruppo, a prognosi per lo più favorevole, appartengono:

1) Le eresipele, che rappresentano il 90 % dei ricoverati del mio Turno, e che con una semplicissima cura di impacchi locali di soluzione di acido salicilico (o borico se l'eresipela è al viso), di cardiotonici (digitale e canfora) e di antitermici fisici nel periodo febbrile più elevato, dieta leggera ed evacuazione sistematica dell'intestino, senza siero- o stomosinoterapie, risolvono nel 99 % in guarigione, salvo rarissime speciali complicazioni o l'età troppo avanzata o troppo giovane (lattanti);

2) I pochi casi di morbillo, di scarlattina, di difterite, di parotite epidemica o di varicella, che quando non c'è posto nei padiglioni di Isolamento dell'Ospedale Pediatrico Anna Mayer, vengono inviati nel mio turno;

3) Tutti i casi di Carbonchio, che, con l'uso del siero specifico di Sclavo, guariscono con una percentuale del 99 %.

Invece al 2° gruppo di malattie infettive, accolte nel mio Turno Isolamento, a prognosi severa appartengono:

1) le cosidette pseudoeresipele stafilococciche della faccia e specialmente del labbro superiore, con setticopiemia, su cui hanno recentemente richiamata l'attenzione anche George e Giroire (*Presse Médicale* n. 39, 1926) e che danno una mortalità del 100 %;

2) le angine gangrenose (agranulocitosi di Schulz?) pure con una mortalità del 100 %;

3) ed infine il tetano.

Questa ultima forma morbosa negli ultimi dieci mesi ha avuto in Firenze e nei Comuni circonvicini una speciale recrudescenza. E sono state tutte forme acute gravissime, tanto che sui 7 casi capitati dal 9 settembre 1925 all'11 luglio 1926 (non tenendo conto di un caso di tetano localizzato all'arto superiore destro e guarito in pochi giorni con poche iniezioni intramuscolari di siero antitetanico) si è avuta una mortalità del 100 %.

1) F. Giovanni, di anni 47, di Montespertoli; entra il 9 settembre 25; il periodo di incubazione è ignoto non essendosi accorto il P. di essersi ferito; muore il 12 settembre '25.

2) F. Alfredo, di Giulio, di anni 30, di Firenze; entra il 12 novembre '25; anche qui il periodo d'incubazione è ignoto, non essendo probabile che l'infezione si riferisca ad una ferita del pollice della mano sinistra prodottasi nei primi giorni del settembre '25; primi segni di tetano il 7 novembre '25; muore il 13 nov. '25.

3) P. Giovanni, di Giovacchino, di anni 21, di S. Casciano Val di Pesa; entra il 6 maggio '26; ferita alla regione dorsale del piede destro; periodo d'incubazione di 8 giorni; lo stesso giorno, contro il mio consiglio, viene dai parenti riportato a casa, in condizioni preagoniche.

4) C. Filiberto, fu Francesco, di anni 60, colono, di Pontassieve; entra il 1° luglio '26; ferita al dito mignolo della mano sinistra; periodo d'incubazione di 15 giorni; muore il 4 luglio 1926.

5) C. Corrado, di anni 14, di Bagno a Ripoli; entra il 4 luglio '26; ferita lacera alla regione calcaneare destra; periodo d'incubazione di 6 giorni; muore il 4 luglio stesso, dopo poche ore di degenza.

6) M. Emilio, di Giuseppe, di anni 24, di Firenze; entra il 9 luglio '26; ferita alla pianta del piede destro; periodo d'incubazione di 12 giorni; muore il 10 luglio '26.

7) F. Renato, di anni 19, di Londa; entra il di 11 luglio '26; ferita al dito medio della mano sinistra; periodo d'incubazione di 14 giorni; muore il 13 luglio '26.

Di fronte ad una tale mortalità, per quanto il breve periodo di degenza stesse a dimostrare la speciale acuzie dell'infezione (il paziente n. 5 non fu visto altro che dal medico di guardia), ci si doveva però anche domandare se la cura non fosse insufficiente.

È noto come per la cura del tetano tutti gli scritti più recenti della letteratura medica insistano per la cosidetta sieroterapia massiva, cioè per l'uso di dosi altissime di siero specifico introdotte per via sotto cutanea, intramuscolare, endovenosa, endorachidea ed endocranica.

Riguardo alla via endorachidea la mia esperienza personale mi ha insegnato quanto sia difficile e tormentosa la pratica delle iniezioni endorachidee di siero in questi ammalati in opistotono permanente ed in cui il minimo contatto un po' brusco determina le dolorosissime contrazioni a crampo. Ho attuato anche il consiglio, dato da alcuni, di eseguire la puntura lombare in soggetti in narcosi; ma sia l'inalazione di cloroformio che di etere, in due casi sperimentati, determinò tale spasmo dei muscoli respiratori e tale minacciante asfissia da sconsigliare di ripetere l'esperienza.

Di più nel caso di una bambina l'introduzione di forti quantità di siero nel cavo rachideo, con tutte le regole di asepsi, se pur valse a vincere l'infezione tetanica, provocò l'insorgenza di una meningite purulenta asettica, a decorso cronico e progressiva cachessia, che portarono a morte la paziente.

Infine tutti conoscono il pericolo di introdurre i sieri sia nel cavo rachideo, sia nelle vene, pericolo su cui nell'anno scorso opportunamente richiamava l'attenzione il Vernoni (*Bollettino Istituto Sieroterapico Milanese* n. 6, 1925).

Quindi negli ultimi cinque anni la mia regola di cura dell'infezione tetanica è stata la seguente:

Nei primi 5-6 giorni iniezioni biquotidiane intramuscolari di 40-50 cc. per volta di siero antitetanico, associate ad una iniezione sottocutanea quotidiana di 10 cc. di una soluzione di solfato di Magnesio al 25 %, mescolato ad 1 ctgr. di cloridrato di morfina ed oltre a ciò alte dosi quotidiane frazionate di cloralio (gr. 4-6) e bromuri (gr. 6-10) per uso orale o per clisteri.

Nei giorni successivi ogni 4-6 ore iniezioni di 2-1 cc. di soluzione di acido fenico in olio di oliva al 10 %, continuando sempre nella somministrazione di cloralio e bromuri.

Con questo metodo di cura mista siero-magnesio-fenoloterapica (V. anche Silvestrini: *Giornale di medicina prat.* p. 157, 1925) e Talbot (*Soc. de méd. mil. Franç.* p. 90, 1925) oltre la dieta leggera, l'evacuazione sistematica dell'intestino e l'ambiente oscuro e silenzioso alla De Renzi (1873-74, *Gaz. méd.* 1877) su 25 casi di tetano acuto e cronico occorsi dal 1920 al 1925 ho avuto una percentuale di guarigione del 40 % (morti 15 su 25 ammalati).

Questa percentuale è migliore di quella di Vaillard (*Trattato di Medicina e Terapia* di Brouardel e Gilbert), che è del 30-35 %.

Quindi la mortalità dei sopraricordati 7 casi del 1925-1926, a rigor di logica, bisognava attribuirla, se anche a un difetto di cura, però anche alla speciale virulenza dell'infezione.

Ma comunque sia si imponeva per l'avvenire di tentare qualche altro sistema di terapia.

Già da vario tempo avevo notato come le alte dosi di cloralio, che si consigliano da tutti gli AA. nella cura del tetano, fino dall'epoca dell'introduzione di questo rimedio in medicina (O. Liebreich 1869 - Langenbech - Verneuil, *Soc. de Biol.*, 1870) per via orale, rettale ed anche endovenosa (Ore - *Gaz. Med. de Bordeaux*, n. 9, 1874), con statistiche di guarigione del 59 % (?) (Knecht), influenzassero molto sfavorevolmente l'azione cardiaca, senza d'altra parte provocare quel sonno tranquillo, che era desiderabile. Perchè come tutti sanno, è caratteristica di questi ammalati l'insonnia, che li tormenta dal principio alla fine della malattia. Quando, l'ammalato riesce ad addormentarsi cessa lo stato spasmo-

dico per riapparire appena si desta. Il sintomo patognomonico della guarigione è il ritorno del sonno naturale nell'infermo.

Ed allora io pensai se non era il caso di ricorrere a qualche altro medicamento ipnotico in sostituzione del cloralio. Il grandioso mirabile sviluppo della Scienza farmacologica degli ultimi anni ci ha largamente provvisti di nuovi rimedi in questo campo ed a tutti è nota l'importanza assunta specialmente dai derivati dell'acido barbiturico o malonilurea; importanza insita specialmente nella scarsa tossicità di alcuni di essi.

Se noi apriamo a pag. 218 quell'aureo volume del Coronedi intitolato « Diagnosi e Terapia Clinica degli Avvelenamenti » (Ed. Barbèra Firenze 1926) leggiamo: L'equivalente o grado di tossicità dei diversi rimedi della famiglia (degli ipnotici) dipende, come si sa, in modo esclusivo dalla maggiore o minore tendenza che ciascuno di essi mostra a colpire i centri nervosi regolatori della circolazione e della respirazione; ciò posto, i gradini più alti della scala di velenosità vengono ad essere occupati dal cloralio in genere, dai suoi derivati e dall'ipnone, mentre gli intermedi appartengono all'idrato di amilene, all'isoprale, alla paraldeide ed agli acetali; gradini inferiori sono occupati dal tetronale, dal trionale e dal solfonale; gli infimi dagli uretani e dai derivati dell'acido barbiturico, come il veronale ecc. E fra i segni di intossicazione degli ipnotici a pag. 81 sono ricordati per il cloralio: ipotensione notevolissima e per il veronale: Pressione arteriosa normale ovvero ipotensione minima.

Anche Gaglio (*Trattato di Farmacologia e Terapia.* Soc. Ed. Libraria, Milano 1914) afferma che il veronale da parte del cuore e del bulbo è in generale tollerato bene anche a forti dosi.

E la casistica clinica riporta dei casi di avvelenamento da veronale non mortali dopo ingestione di gr. 2,50 (Dick, *Brit. med. Journ.* 1914), gr. 4,80; (Martin, *Brit. med. Journ.* 1910), gr. 7; (Sowden, *Brit. med. Journ.* 1910 e Souper, *Ibid* 1914), gr. 8; (Munro, *Brit. med. Journ.* 1914), gr. 9 e gr. 10; (Gaglio, l. c. e Collard, Soc. Clin. d. Hôp. de Bruxelles 9 ott. 1926), gr. 11; (Carafoli, *Gaz. Osped. e Clin.* n. 127, 1914), gr. 15; (Schuermans, Soc. Clin. d. Hôp. de Bruxelles 9 ott. 1926) del medicamento. Fornaca e Quarelli (*Berlin, Klin. Woch.* n. 52, 1912) hanno pubblicato il caso di un medico abitutato a prendere grandi quantità di ipnotici e che sopportava fino a gr. 5 di veronale al giorno; e la stessa quantità giornaliera sopportava un cloralomaniaco studiato da Kahn (*Soc. de Psych.* 20 marzo 1913). E da un bel lavoro di un allievo del Coronedi, il Niccolini (*Riv. di Clin. Med.* 15 marzo 1926), in base a dati statistici clinicotossicologici raccolti nel R. Arcispedale di S. M. Nuova in Firenze nel triennio 1923-25 si rileva che su 16 avvelenamenti per veronale si sono avuti solo due morti (13 %); l'A. pur facendo alcune riserve su questa percentuale, afferma che il veronale è certamente superato in tóssicità dalle altre sostanze del suo gruppo.

Tutto questo sta a dimostrare, a mio giudizio, contro l'opinione di Manquat (*Soc. de Therap.* 18 nov. 1926), quanto largo margine vi sia fra la dose ipnotica (gr. 0,50-0,60) e la dose tossica mortale di questo prezioso medicamento, salvo rare, particolari, imprevedibili idiosincrasie (Alter, *Münch. med. Woch.* p. 514, 1905, e Suarros, *El Siglo med.* 1914), che niente ci impedisce di ritenere che possano essere neutralizzate dalla sindrome tetanica.

Ma per quanto l'eliminazione del veronale inizi molto rapida (secondo le osservazioni di Fischer e v. Mehring (*Therp. d. Gegenwart* aprile 1904) e di Fischer ed Hoppe (*Münch. med. Woch.*, 1909) il veronale compare nell'orina dopo quaranta minuti dalla sua somministrazione per uso orale e dopo 15 minuti dalla sua iniezione sottocutanea, e secondo quelle di Rommel (*Charité Annalen* 1912) essa comincia per le orine 20 minuti e per il retto 30 minuti dopo la sua somministrazione), pure continua molto lentamente. Tanto che la sua eliminazione è terminata solo dopo 3-5 giorni. E mentre per quantità di gr. 0,30-0,50 ricompare quasi tutto (fino al 92 % nell'orina), per dosi maggiori ne viene eliminato molto meno (circa il 60-70 %), essendo il rimanente, salvo quel poco eliminato per le feci, distrutto nell'organismo (Bachem, *Arch. f. experim. Path. u. Pharmakol.*, 1910).

Data questa lenta eliminazione si comprende la tendenza del medicamento ad accumularsi e quindi la necessità, secondo me, di somministrarlo a dosi frazionate, sospendendo la somministrazione appena ottenuta la soglia del sonno. In tal maniera mi è sembrato che molto difficilmente, anche raggiungendo dosi complessive molto alte, si dovessero avere fatti tossici gravi. Fondandomi su questi dati di fatto e su queste induzioni decisi che nei prossimi casi di tetano, che fossero capitati nel Turno, avrei sostituito il cloralio colla dietilmalonilurea o acido dietilbarbiturico o malonale o veronale di Fischer e v. Mehring (*Apotek. Zeitung*, 1903), a dosi alte sì, ma frazionate.

E l'occasione non si fece molto attendere.

Nel 1° caso (F. Otello, di anni 25, di Firenze), si trattava di un individuo robusto, che senza precedenti ereditari e personali di particolare importanza, 15 giorni avanti del suo ingresso all'Ospedale (6 agosto 1926) si era ferito al pollice della mano sinistra con una scheggia di legno.

Dopo 14 giorni era comparso il trisma e poi tutti gli altri sintomi di un tetano conclamato acuto. Perchè malgrado il relativamente lungo periodo di incubazione, la gravità dell'infezione, come ormai anche a me ha insegnato l'esperienza di questa malattia, era stabilita dalla frequenza nel susseguirsi (ogni 20-60 secondi) e dall'intensità degli spasmi parossistici, dai sudori profusi, dall'elevata temperatura febbrile (39°-40°), dalla frequenza del polso (110-140).

Fino dal primo giorno d'ingresso nel turno prescrissi allora una dose di gr. 0,25 di Veronale ogni ora fino ad ottenere il sonno, sospendendo il rimedio appena il sonno fosse ottenuto, ma in qualunque caso non somministrandone più di 5 dosi ogni 12 ore, e non più di 10 dosi in 24 ore.

Non potendosi fare inghiottire a questi infermi grandi quantità di liquidi, data la scarsa solubilità del Veronale (1:145 in acqua fredda) (non volli dapprima esperimentare il veronale sodico o Medinale molto più solubile) prescrissi di somministrare queste dosi in ostia, e, malgrado il trisma, la somministrazione fu sempre possibile. Cade qui opportuno ricordare che in tutte le affezioni acute, ma più specialmente in questa, è assolutamente necessario che l'ammalato sia assistito da un personale infermiere molto scrupoloso, coscienzioso, vigile ed intelligente, che sappia bene interpetrare gli ordini del medico, per non eccedere nella somministrazione del medicamento, e che possibilmente abbia una particolare pratica di questi ammalati. In ogni modo per controllare la quantità di Veronale somministrata sarà bene che il medico, nelle due visite quotidiane, non consegni all'infermiere più di 5 cartine di Veronale (da gr. 0,25 ciascuna) per volta, obbligandolo a segnare su un registro l'ora precisa della somministrazione di ciascuna dose.

Nei primi tre giorni per impedire le contrazioni spasmodiche occorsero giornalmente gr. 2,50 di Veronale (questa sarebbe la dose tossica minima stabilita da Steinitz, *Therap. d. Gegenwart*, maggio 1908); successivamente bastarono dapprima gr. 1, indi gr. 0,50 ed anche gr. 0,25 pro die.

Complessivamente nei primi 20 giorni, chè tanto durò il periodo acuto del male, furono somministrati gr. 11,75 di Veronale. Durante il periodo di somministrazione delle alte dosi di Veronale non somministrai Bromuri, ma una ventina di goccie al giorno di preparato digitalico. In queste prime esperienze non mi attentai di abbandonare completamente la siero- e fenolo-terapia di Baccelli ed eseguii, nei primi quattro giorni iniezioni intramuscolari biquotidiane di 20 cc. di siero antitetanico. Dopo i primi quattro giorni alla sieroterapia furono sostituite le iniezioni di soluzione di Acido Fenico al 10 % in olio di oliva di 2-1 cc. prima ogni quattro e poi ogni 6 ore e questo per ancora 10 giorni. Scomparse poi le contrazioni spasmodiche e rimasta la sola contrattura permanente, specie del tronco e degli arti inferiori, diminuii molto la dose di Veronale e cominciai la somministrazione di 6 grammi di Bromuri al giorno e l'uso dei bagni caldi (a 38°-40°) giornalieri, prolungati per 20-30 minuti.

Con questo sistema di cura il paziente uscì completamente guarito il 18 settembre u. s. e, riveduto dopo 20 giorni dall'uscita dall'Ospedale, fu trovato in ottime condizioni di salute, in piena attività lavorativa, senza alcuno di quei postumi, che può lasciare l'infezione tetanica.

Il 25 settembre u. s. capitò il 2° caso di tetano (V. Livio, di anni 18, colono, di Calenzano). Giovane anche questo di costituzione robusta, un po' tarato mentalmente, senza precedenti ereditari e personali patologici, 15 giorni avanti del suo ingresso all'Ospedale si era ferito al collo del piede destro con uno spunzone di grano; dopo 11 giorni dalla ferita era comparso il trisma e poi la febbre e tutti gli altri segni di un tetano acuto; perchè anche in questo caso la frequenza e l'intensità delle contrazioni spasmodiche, unite ai sudori profusi, alla febbre ed alla frequenza del polso, stavano ad indicare la gravità dell'infezione.

Il sistema di cura fu identico al precedente e complessivamente in 21 giorni furono somministrati gr. 15 di veronale con un massimo di gr. 2,50 ed un minimo di gr. 0,25. Per affrettare la risoluzione della contrattura permanente, che anche in questo caso si protrasse a lungo, volli tentare sul paziente la iniezione quotidiana, dopo sospeso il veronale, di 1/4 di milligrammo di bromidrato di scopolamina per 5 giorni, ma senza resultati bene apprezzabili.

Malgrado queste alte dosi complessive di Veronale, io credo per il loro frazionamento, nei due malati così curati non notai speciali segni di intossicazione veronalica. Solo nel 2° caso al 7° giorno di somministrazione del medicamento il paz. accusò una cefalea un po' viva. Ma sia nell'uno che nell'altro paziente non fu rilevato nè tremore, nè atassia, come in qualche caso di avvelenamento veronalico; non cianosi e nessuna di quelle manifestazioni eruttive cutanee o a tipo di pemfigo (Weitz) o scarlattiniforme (Willcox, *Lancet*, n. 7, 1913) o morbilliforme o di porpora emorragica o di macchie eritematose (Fraser, *Lancet*, 1914) così spesso descritte, nè l'intossicazione da Veronale; e neppure i rari decubiti acuti riferiti nei casi di Lichtenstern (*Wien. klin. Woch.* p. 958, 1911) e di Niccolini (*Riforma Medica* p. 510, 1924). Nessuna influenza sembrò esercitare il rimedio sulla temperatura febbrile, per quanto gli avvelenamenti acuti da narcotici e da ipnotici possano dare ipotermia. Il polso pur mantenendo una certa frequenza fu sempre valido, pieno e ritmico; il respiro sempre normale per ampiezza e frequenza; la pressione arteriosa pure normale. I P. non accusarono vertigini, nè si ebbe delirio, come talora nell'avvelenamento veronalico; il sonno non fu mai tanto profondo, da non potersi ottenere il risveglio con un richiamo di voce un pò forte; non si ebbe diplopia, nè paralisi dell'accomodazione, nè nistagmo, come avrebbe rilevato Weitz in 4 casi di avvelenamento da Veronale; sempre normali i riflessi congiuntivali e corneali ed il riflesso pupillare fotomotore. Non si ebbe anoressia nè nausea, nè vomito, nè disturbi del linguaggio talora ram-

mentati in casi di intossicazione veronalica. Anche l'apparato polmonare rimase indenne da quei processi infiammatori, spesso rilevati in casi di avvelenamento veronalico sia nell'uomo, sia sperimentalmente negli animali. L'alvo ebbe tendenza alla stitichezza; non si ebbe mai ritenzione, solo talvolta incontinenza orinaria. Le orine, normali per quantità, non presentarono che tracce minime di albumina non dosabili e qualche cilindro ialino nel sedimento; assunsero poi l'aspetto carbolico quando fu iniziata la fenoloterapia. Mancò sempre la glicosuria, l'ematoporfirinuria, l'ematuria talora segnalate nell'avvelenamento da veronale. Per mancanza di tempo ed anche perchè nel mio caso mi parve un lusso di indagine, non feci la ricerca del medicamento nell'orina sia col metodo di Fischer e v. Mehring (*Therap. d. Gegenwart* aprile 1904), sia con quello di Molle e Kleist (*Arch. d. Pharmazie* 1904), sia con quello molto rapido, pratico e sicuro escogitato da Aiazzi-Mancini (*Riv. Crit. di Clin. Med.* n. 3, 1923).

I riflessi tendinei nei due casi rimasero sempre molto vivaci, mentre nell'intossicazione veronalica possono essere straordinariamente deboli e perfino mancanti.

È naturale che dopo una sequela di insuccessi, di fronte a questi due esiti felici, sopravvenuti in seguito ad un cambiamento nel metodo di cura, per l'insopprimibile *post hoc ergo propter hoc*, l'animo si apra alla speranza di aver trovato un modo di cura del tetano, che faccia passare questa malattia dal 2° gruppo delle malattie infettive da isolamento a prognosi severa al 1° gruppo di malattie a prognosi più favorevole, come è avvenuto per il carbonchio dopo l'introduzione del Siero Sclavo. Donde l'obbligo morale di comunicare subito il metodo ai colleghi perchè lo possano esperimentare sui loro pazienti.

Certo prima di dare un giudizio definitivo sull'azione terapeutica del veronale nel tetano occorrerà una statistica molto, ma molto estesa. Come ben dice Bauer, non esiste alcun rimedio, specialmente se abbia una qualsiasi azione sul sistema nervoso, che non sia stato celebrato come assai efficace nel tetano. Ma vi sono due dati che mi confortano sulla bontà del sistema terapeutico che propongo:

1) La speciale gravità dell'infezione tetanica nei due casi soprariferiti, dimostrata oltre che dai sintomi di tetano acuto rilevati nell'esame dello stato presente, anche, nel decorso, dal perdurare a lungo del movimento febbrile e della contrattura permanente dei muscoli specie del dorso, della parete addominale anteriore e degli arti inferiori. Poichè la risoluzione della febbre e della contrattura muscolare permanente cominciò a manifestarsi solo dopo più di 20 giorni di degenza all'Ospedale;

2) la sua razionalità. Perchè compito precipuo della terapia del tetano oggidì, finchè rimane il dubbio sull'efficacia della sieroterapia, deve essere quello di trasformare un tetano acuto in cronico, in quanto si sa fino dai tempi di Ippocrate (per il noto aforisma) che un tetano che dura più di quattro giorni ha una maggiore probabilità di guarigione spontanea. Ora il fatto saliente che differenzia il tetano acuto dal cronico è la frequenza e l'intensità degli spasmi parossistici ed i buoni ipnotici riescono sicuramente, per una esperienza ormai di più di 5 decenni, a distanziare e ad attenuare queste contrazioni parossistiche.

Ma poi, quali che siano per essere gli esiti degli ulteriori esperimenti, io credo che tutti, in base ai dati tossico-farmacologici, converranno nella necessità di sostituire il cloralio, il più tossico, col veronale, il meno nocivo ed il più sicuro degli ipnotici. Nè è da temere, a mio giudizio, che con queste alte dosi di veronale si possano provocare intossicazioni mortali, purchè si segua il mio consiglio delle dosi frazionate, sospendendo la somministrazione del rimedio appena attenuate e distanziate le contrazioni spasmodiche e raggiunta la soglia del sonno.

Quando il trisma fosse tanto intenso da impedire la somministrazione del veronale per bocca si potrà ricorrere ai piccoli clisteri di veronale sodico (sale sodico della dietilmalonilurea o medinale), che come si sa è solubilissimo (fino 1/5). Nei casi gravissimi si potrà anche ricorrere alle iniezioni endovenose di 7-8 cc. di Somnifen Roche (soluzione dei sali dietilaminici della dietil- e dipropenilmalonilurea o acidi dietil- e dipropenilbarbiturici) o endorachidee o suboccipitali di gr. 0,10-0,20 di luminale sodico (sale sodico della fenil-etil-malonilurea o acido fenil-etil-barbiturico) come Aston ecc. (*Soc. Med. Chir. et Pharm. de Toulouse*, 20 aprile 1926), Gmelin (*Munch. med. Woch.* n. 28, 1923) ed Ayala (*Policl. Sez. Prat.*. n. 31, 1926) hanno proposto per gli stati di male epilettico: Ma sono metodi un po' troppo bruschi e non graduabili come il metodo del veronale da me provato.

Nuovi esperimenti poi ci diranno se la Ipnoterapia Veronalica a dosi elevate frazionate possa sostituire completamente la siero- e la fenoloterapia e se possa estendersi anche alla cura specialmente dell'avvelenamento stricninico e delle malattie a sindrome acuta spasmo convulsiva (corea, encefalite mioclonica, singhiozzo incoercibile, rabbia ecc.) e se nel tetano si debba meglio graduare e se eventualmente convenga associarla ad altri medicamenti, onde risolvere più presto la contrattura permanente.

IGIENE SOCIALE.

La protezione dell'infanzia nella lotta contro la tubercolosi.

Scrivo quest'articolo sotto l'impressione profonda di due libri che ogni medico dovrebbe leggere per orientare, come si è fatto necessario, la sua azione professionale nel campo sociale.

In un regime come l'attuale — nel quale i doveri sociali bisogna che prendano il posto dei doveri politici — il medico non può rimanere in seconda linea; non deve rinunciare a dar la dimostrazione della sua grande importanza; non deve trascurare la sua preparazione ai nuovi compiti che gli sono naturalmente assegnati per l'indispensabile difesa della stirpe.

I due libri sono stati scritti per gli educatori del popolo. E gli educatori del popolo non possono essere che i medici, quando si tratta di difendere la stirpe dai mali che la minacciano, minacciando insieme la potenza della Nazione.

Uno di questi libri ha il titolo: « *La lotta contro la tubercolosi* » (1) ed è stato scritto da un grande igienista, che ha dedicato allo studio della « filossera umana » gran parte della sua nobile vita: dal prof. A. Di Vestea.

L'altro ha il titolo « *L'assistenza della maternità e dell'infanzia in Italia* » (2) e ne è autore un uomo che ha conquistato col suo valore un magnifico posto di battaglia: quello di Direttore Capo dei Servizi dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia: il comm. A. Lo Monaco-Aprile.

La lettura di questi due libri, mirabili entrambi per la chiarezza della forma e la solidità della sostanza, mi ha suggerito di riprendere in questo giornale, al quale ho attivamente collaborato da giovane, una propaganda che ha finalmente acquistato molte probabilità di riuscire efficace; quella contro la tubercolosi.

Non ho mai per verità tralasciato di scrivere contro questo flagello, ma i risultati sono stati scarsi o nulli, perchè i medici, anche volendo partecipare direttamente alla lotta, non ne avrebbero trovato le condizioni favorevoli nel paese: quelle condizioni che ora si stanno preparando, a quanto pare, per opera delle Corporazioni e per mezzo di quelle Assicurazioni sociali che abbiamo instancabilmente invocato e mai potuto ottenere dai passati governi.

L'azione sociale che, maturati i tempi, si chiede ora ai medici è un'azione di *vigilanza* da un lato e di *propaganda* dall'altro. E per compiere quest'azione, i due libri che ho nominato sono una guida necessaria ed eccellente.

(1) G. B. Paravia edit. Torino 1926. Un volumetto di pagg. XV, 120 — L. 9.

(2) Anonima Romana Editoriale. Un volumetto di pagg. II, 171 — L. 13,50.

* * *

Infatti il primo, quello del Di Vestea, è fatto in modo che ci dà un'idea completa di quello che è la tubercolosi come malattia popolare e delle vie che essa percorre entro l'organismo sociale per arrivare ai singoli individui o per passare, più brevemente, da un individuo all'altro entro il più ristretto organismo famigliare.

Di questo quadro, vasto e completo, della tubercolosi fa parte un principio che il Di Vestea ha posto in prima linea: quello de *la speciale vulnerabilità dell'infanzia* e specialmente dell'infanzia non vigilata e non protetta abbastanza, cioè dell'infanzia dei più, di coloro che nascono e vivono in ambienti agglomerati ed infetti, che non hanno una casa degna di questo nome e che, in questa casa malsana e nella strada che ne è la continuazione pervertitrice, prendono, fin dai primi mesi ed anni di vita, l'infezione della quale moriranno nel fiore degli anni, se non ne rimarranno subito uccisi.

« *Il problema della tubercolosi*, scrive il Di Vestea, *è un problema di case* ». Ed ha perfettamente ragione.

Ma egli richiama vivamente l'attenzione anche *sulla scuola* ed afferma recisamente una verità che egli rende, col suo libro, luminosa: che cioè « *per fare dell'igiene sul serio, come oggi va intesa, bisogna assolutamente far capo all'attività educatrice della scuola* ».

Casa e scuola: ecco i due centri polarizzatori della prevenzione. Da questo concetto fondamentale deve nascere quella stretta alleanza tra genitori e maestri che non ci siamo stancati di invocare (1) e che non è ancora una realtà in Italia, anche dopo la provvida riforma del Ministro Gentile: male interpretata e non meglio applicata per deficienza dello spirito pubblico e della preparazione magistrale. Ma la suddetta alleanza deve nascere, e nascerà senza dubbio, se anche i medici daranno opera alla formazione indispensabile della « coscienza igienica popolare » partendo, come non è altrimenti possibile, dalla scuola.

In altro articolo vedremo quale poderoso strumento di educazione igienica e quale veramente unico mezzo *per acquistare le abitudini dell'igiene* sia l'istituzione parascolastica della « Croce Rossa Giovanile », destinata in Italia ad una feconda collaborazione con le due istituzioni ufficiali dei « Balilla » e degli « Avanguardisti » per una completa organizzazione patriottica della gioventù e per una valida difesa della stirpe.

Qui dobbiamo affermare un altro grande principio e questo è che *proteggere la maternità e*

(1) T. ROSSI DORIA. *La scuola sana.*

l'infanzia significa anche lottare contro la tubercolosi nel modo più efficace e nel tempo più utile. Perchè la tubercolosi, come abbiamo visto, è la malattia della casa dove la famiglia funziona male, della scuola dove l'educazione igienica non ha luogo, della strada alla quale e scuola e casa abbandonano il fanciullo indifeso.

A questo disordine sociale, che è collegato con l'incapacità della madre e con l'improduttività della famiglia dove manchi l'educazione specifica materna, non poteva provvedere se non una grande istituzione, ben concepita nel suo ordinamento, largamente provvista di mezzi morali finanziarî legislativi amministrativi, saggiamente diretta, cordialmente obbedita, per diffusione del favore popolare, dagli enti privati e dai privati cittadini, atta quindi a coordinare tutto ciò che esiste in favore della maternità e dell'infanzia ed a creare tutto ciò che non esiste ancora per la protezione e l'assistenza di questa parte dell'umanità in via di sviluppo, che è la parte più importante d'ogni nazione, perchè ha nel suo grembo l'avvenire. Questa grande istituzione è finalmente nata in Italia ed è nata per opera dello Stato. È l'« Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia ».

*
* *

Nel libro del Lo Monaco-Aprile i medici possono trovare, in un ordine logico perfetto, magistralmente esposta, la materia prima della quale essi possono oggi finalmente disporre per il loro lavoro sociale di edificazione della patria *sana*, e perciò forte e grande, che tutti vogliamo ed alla quale tutti — medici e maestri in prima linea — dobbiamo volonterosamente contribuire, senza distinzione di parte, come uomini, come cittadini e come credenti. Anche come credenti perchè nell'amare il fanciullo, nel proteggerlo, nell'educarlo, noi non possiamo dimenticare, nessuno, la parola dell'Uomo Dio: « *Ogni volta che avete fatto qualche cosa per uno dei più piccoli di questi miei fratelli, l'avete fatta a me* ».

Abbiamo tanto bisogno di sentire un pò di caldo in cuore, in questi tempi difficili per tutti, che dovrà esser per noi un conforto, e non soltanto un semplice dovere, il partecipare attivamente alla campagna che l'Opera Nazionale per la Protezione della maternità e dell'infanzia ci chiama a combattere e che avrà come principale scopo, e come primo resultato, quello di unire tutte le buone volontà per la difesa della stirpe dal flagello tubercolare.

L'O. N. non fa direttamente la lotta contro la tubercolosi, ma è come se la facesse, perchè tutta la sua azione è diretta a toglier di mezzo le cause di malessere, materiale e morale, dalle quali, nelle età giovani, si forma la predisposizione al contagio, ed a diffondere nelle masse (con una propaganda volta sopratutto alla famiglia ed alle madri che ne formano il nucleo prezioso) le cognizioni e le abitudini necessarie per la prevenzione del flagello e per la limitazione dei suoi danni tremendi.

Ciò è tanto vero che il Lo Monaco-Aprile, capo dei servizi dell'O. N. richiama vivamente l'attenzione (1) sui *servizi di profilassi antitubercolare dell'infanzia* e dà loro una vastità di linee ed una precisione di contorni che non può esser superata.

Ecco ciò che egli scrive su questi servizi e che noi raccomandiamo ai medici di considerare come un loro vangelo professionale:

« La protezione fisica dei fanciulli di età prescolastica e scolastica richiede una complessa e multiforme attività e cospicui mezzi economici. Si tratta infatti di organizzare intensamente la lotta contro la tubercolosi infantile, di curare la rigorosa applicazione delle norme di igiene scolastica e pedagogica, di dare il massimo impulso all'educazione fisica, di organizzare l'assistenza prescolastica e scolastica, di attuare, infine, un ordinamento igienico del lavoro delle manifatture e di impedire l'uso dell'alcool, del tabacco e di altre sostanze che possano precocemente logorare l'organismo giovanile.

« Per la lotta contro la tubercolosi infantile non basta isolare e curare i fanciulli già infetti o esposti immediatamente al contagio: occorre, altresì, promuovere il miglioramento organico di quelli ancora immuni, ma deboli, gracili e predisposti, ancorchè vivano in un ambiente apparentemente sano, ed estendere l'opera di prevenzione a tutti indistintamente i fanciulli che frequentano le scuole ».

Scelga ogni medico una parte di questo compito e vi si dedichi con tutte le forze: della intelligenza, del cuore e dello spirito. Se ne faccia un dovere ed un conforto spirituale. In ogni luogo e in ogni condizione è possibile agire. Basta pensarci, studiare un poco, mettersi d'accordo con gli organizzatori ufficiali, aiutarli nella organizzazione.

Le cose sono state così saggiamente stabilite che *ovunque* il medico potrebbe, volendo e sapendo, mettersi alla testa dell'azione locale in favore dell'infanzia minacciata. Perchè non entrare in questo nobile arringo?

Non si vive di solo pane e non è poi detto che anche un po' di pane non possa essere il frutto meritato di un'attività bene spesa, in beneficio della stirpe e della patria.

T. ROSSI DORIA.

---

(1) Cap. VII, pag. 74, dell'opera citata.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La causa dell'aumento della pressione endocranica nei tumori cerebrali.

(L. S. B. STOPFORD. *British Medical Journal*, 25 dicembre 1926).

Molte teorie sono state avanzate per spiegare l'etiologia dell'aumento della pressione endocranica determinato dai tumori sviluppati nell'interno del cranio. La quistione, però, rimane sempre avvolta nel mistero, quantunque siano stati fatti studi accurati su un gran numero di casi. Sebbene i sintomi clinici dell'ipertensione endo cranica, quali la cefalea, il vomito, la papilla da stasi, non siano assolutamente costanti nei tumori dell'interno del cranio, tuttavia essa si presenta nel corso dell'affezione almeno nell'80 % dei casi. Al riguardo è stato notato che il fattore più importante è la sede del tumore, mentre un'importanza secondaria hanno la rapidità del suo sviluppo ed il suo volume. Il carattere istologico della neoplasia non ha alcuna influenza. Questi elementi fanno ritenere come sicuro che la causa dell'ipertensione endocranica è di natura meccanica.

Prendendo in esame la importanza che ha la sede del tumore nel determinare l'ipertensione endocranica si svelano dati di fatto che portano molta luce per la soluzione del problema. È ben noto che i tumori del cervello medio ed a sviluppo subtentoriale danno sempre aumento della pressione endocranica mentre quelli del ponte non la provocano di regola, a meno che non invadano le regioni vicine. D'altra parte i sintomi clinici dell'ipertensione endocranica mancano frequentemente nei tumori dei lobi frontali ed anche, ma meno frequentemente, in quelli dei lobi parietali ed occipitali.

Questi dati sulla frequenza dell'aumento della pressione endocranica in rapporto alla sede del tumore fanno ritenere che essa sia dovuta alla compressione della grande vena di Galeno.

Al riguardo, osserva l'A., è bene precisare l'origine, il corso e la terminazione di questa vena. Ciò si può fare correttamente rimuovendo un emisfero a mezzo di un taglio longitudinale a livello del tentorium ed uno sagittale a mezzo dito lateralmente dal seno longitudinale superiore. Con tale dissezione si mette allo scoperto al completo la grande vena di Galeno e si scorge che essa dapprima si dirige dietro ed in alto e poi davanti ed in alto per raggiungere l'estremità posteriore del seno longitudinale inferiore, rimanendo sempre a contatto e seguendo la curva dello splenium del corpo calloso.

Tenendo presente questo decorso della vena che è molto più verticale che orizzontale si spiegherà come ogni spostamento in alto del tentorium esercita una tensione sulla vena e provoca la sua compressione contro lo splenium. D'altra parte ogni spostamento laterale della falx cerebri, provocherà lo stiramento in alto del tentorium e quindi i medesimi effetti sulla vena. È ovvio che quanto più rapida sarà la tensione esercitata sulla vena tanto maggiori saranno i rischi della compressione.

I tumori a sviluppo subtentoriale o localizzati nelle regioni parietali e occipitali degli emisferi cerebrali, producono più facilmente questa tensione e quindi più facilmente la compressione della vena, mentre i tumori delle regioni frontali hanno un'azione meno evidente perchè lo spostamento della falce del cervello si verifica solo nella parte apicale. Questo spostamento che solo in parte si diffonde sulla inserzione della falce stessa sulla tenda del cervelletto, ad ogni modo è di grado tale da non riuscire a provocarne il sollevamento. Invece i tumori del cervello medio per la loro vicinanza alla grande vena di Galeno ne provocano direttamente la compressione sullo splenium. I tumori del ponte per la loro lontananza dalla vena, dalla falx cerebri e dal tentorium non provocano la compressione della vena stessa nè direttamente nè indirettamente almeno fino a quando non invadono le vicinanze.

Rimane a risolvere la quistione del meccanismo con il quale la compressione della grande vena di Galeno provocherebbe l'aumento della pressione endocranica. La compressione della vena in prossimità delle sue origini produrrebbe l'occlusione del drenaggio venoso da parte dei plessi coroidei dei ventricoli laterali e del terzo ventricolo, atteso che le vene di questi plessi sono tributarie delle due vene di Galeno che stanno nel velum interpositum e fuse formano la grande vena di Galeno. Quest'occlusione produce aumento della pressione capillare nei plessi coroidei e quindi aumento di produzione del liquido cefalorachidiano. In effetti Dandy ha recentemente dimostrato che l'occlusione della grande vena di Galeno alle sue origini provoca nei cani idrocefalo da iperproduzione di liquor e che esso si produce più lentamente in quello provocato con la compressione dell'acquedotto di Silvio. D'altra parte sono registrati casi clinici d'idrocefalo determinati in trombosi della grande vena di Galeno.

Le conclusioni cui giunge l'A. con questa nota preventiva sono le seguenti:

1) La grande vena di Galeno è situata in modo che può essere compressa contro lo splenium del corpo calloso indirettamente o direttamente da tumori che in rapporto alla loro localizzazione producono costantemente aumento della pressione endocranica;

2) Tale compressione non si verifica in casi di tumori, che in rapporto alla loro localizzazione provocano meno frequentemente aumento della pressione endocranica;

3) Dati sperimentali e clinici dimostrano che l'occlusione della grande vena di Galeno determina idrocefalo interno da iperproduzione di liquido cefalo-rachidiano;

4) La compressione moderata, senz'occlusione completa, della vena è capace di dare aumento della pressione endocranica, accompagnata da lieve o trascurabile dilatazione dei ventricoli;

5) Se il punto di vista sopra enunciato è giusto, l'aumento della pressione causato dai tumori endocranici è dovuto ad eccessiva produzione di liquido cefalo-rachidiano, che sarebbe prodotto in quantità tale da non poter essere proporzionalmente riassorbito, donde l'ipertensione endocranica. DR.

Rammollimenti protuberanziali.

(FOIX e HILLEMAND. *Revue de Méd.*, n. 3, 1926).

Le sindromi pontine classiche di Millard-Gübler, di Foville, di Raymond e Cestan sono eccezionalmente presenti nei casi di rammollimenti del ponte pure essendo questo genere di lesioni tutt'altro che raro. Ma i rammollimenti obbediscono a leggi costanti basate sulla distribuzione vascolare, e la loro sintomatologia è diretta conseguenza delle disposizioni anatomiche.

Assai interessante è lo studio degli AA. Dopo avere ricordato in modo schematico, ma assai chiaro i dati classici dell'anatomia del ponte ne studiano accuratamente la vascolarizzazione. Nella protuberanza la disposizione generale arteriosa in *paramediane, circonferenziali corte* e *circonferenziali lunghe* propria dell'asse encefalico si manifesta nella massima nettezza. Le *arterie paramediane* (4-6) nascono dalla faccia poster. del tronco arterioso e penetrano a destra ed a sinistra della linea mediana, ed irrorano un territorio paramediano che comprende: il fascio piramidale, i nuclei grigi del ponte, le fibre protuberanziali anteriori, medie e posteriori, e la parte justamediana del nastro di Reil. Questo territorio è quasi del tutto legato al piede e non risale mai fino in vicinanza del pavimento del 4º ventricolo, eccetto che nella parte superiore del ponte dove le paramediane si affondano più profondamente.

Le arterie circonferenziali corte (4-5) dalla parte laterale del tronco basilare si dirigono in fuori, si suddividono in ramuscoli secondari e poi penetrano nel nevrasse e tengono sotto la propria dipendenza un territorio laterale che comprende il peduncolo cerebellare medio nel momento che esso abborda la parte laterale del ponte, e che penetrando profondamente affiora la parte laterale del nastro di Reil.

Le *a. circonferenziali lunghe* comprendono: la cerebellare media e la cerebellare superiore che dopo avere dato qualche ramo al ponte se ne allontanano rapidamente.

A parte resta il *territorio della calotta* comprendente il pavimento del quarto ventricolo nella sua parte pontina. Esso presenta una irrigazione complessa in parte indipendente da quella del piede. Nella parte alta del ponte le paramediane vanno fino al pavimento, mentre le circonferenziali corte non irrigano che la parte laterale della calotta: nella parte media e bassa al contrario le sole circonferenziali corte raggiungono il pavimento ed in modo obliquo. Si comprende così perchè alla parte media e inferiore della protuberanza i rammollimenti del piede rispettino la calotta, mentre nella parte alta, lesioni anche minime giungono fino al pavimento. Possiamo quindi descrivere tre *sindromi di rammollimento*: e cioè, 1) sindrome del territorio paramediano, 2) sindrome del territorio delle circonferenziali corte, 3) sindrome della calotta.

1) *Sindromi del territorio paramediano* si hanno per endoarterite del tronco basilare che occlude l'origine di una o più paramediane, o per obliterazione delle paramediane stesse, comprende:

a) grande rammollimento paramediano, quadrangolare, più largo che profondo, alto appena qualche millimetro; distrugge il fascio piramidale, i nuclei grigi del ponte, un certo numero di fibre del peduncolo cerebellare medio e rispetta la calotta. Si ha un qualcosa assai vicino alla sindrome anteriore di Déjerine. Il malato si presenta come un emiplegico banale, con emiplegia intensa, lievemente predominante nell'arto superiore. Parlano per l'origine pontina: l'assenza di ogni aspetto monoplegico anche transitorio, e la scarsa entità dell'ictus. Anche l'assenza di afasie con una emiplegia destra sta per il ponte. La diagnosi è però difficilissima;

b) piccoli rammollimenti a corona di rosario per lesione isolata di una delle più piccole paramediane: oltre alle lesioni del piede, sono colpite nella calotta, la parte interna del nastro di Reil, e il fascio centrale della calotta. Clinicamente si ha un ictus lieve, cui segue una emiparesi assai poco marcata. La diagnosi clinica è quasi impossibile;

c) *rammollimenti doppi paramediani*: rari, ma caratteristici, si hanno per arterite estesa del tronco basilare. Si determina una quadriplegia con fenomeni pseudobulbari, ma l'inizio è brusco ed ai segni piramidali bilaterali si aggiungono segni cerebellari cioè: un tremore lento per lo più trasversale del capo, e un certo grado di asinergia. Qualche somiglianza si può avere per rammollimenti bulbari ma in questo caso si avrebbero sintomi di deficit dei nervi del bulbo;

d) *piccoli rammollimenti bilaterali lacunifor-mi*: di patogenesi non univoca, sono più frequenti dei precedenti. Essi non distruggono il fascio piramidale ma lo toccano più o meno profondamente creando il quadro di paralisi pseudo bulbari (con disturbi della fonazione e deglutizione, riso e pianto spastico) di diagnosi differenziale difficilissima.

2) *Sindromi del territorio delle circonferenziali corte*: le cause sono le stesse, endoarterite del tronco basilare che lede l'origine delle arteriole corte circonferenziali, o arterite di queste arterie stesse. Mentre nelle sindromi precedenti dominava l'emiplegia, qui domina la nota cerebellare ed i segni cerebellari si hanno dal lato della lesione, mentre i segni piramidali e sensitivi (lievi) possono mancare o sono controlaterali. Si hanno i soliti disturbi dell'equilibrio, adiadococinesi, dismetria, asinergia, ecc. I rammollimenti bassi possono ledere i primi filuzzi del VII, IX o X, ed aversi una sindrome cerebellare omolaterale con paralisi alterna del VII, IX, X si da simulare una sindrome laterale del bulbo.

3) *Sindromi della calotta*: sono numerose e molto complesse. La lesione della parte alta della calotta distrugge il peduncolo cerebellare superiore, la lesione della parte bassa può colpire i nuclei dei nervi cranici, sopratutti il facciale e l'oculo motore esterno, e se interessa le vie vestibolari, e, forse, la benderella longitudinale posteriore può dare un Foville. Come è complessa l'anatomia patologica così le lesioni cliniche sono male classificate.

Si possono avere: 1) *sindromi classiche appena abbozzate*: cioè *a*) una sindrome di Millard-Gübler con paralisi periferica del VII marcata, e lievissima emiplegia controlaterale; *b*) una sindrome di Foville, con abolizione dei moti di lateralità degli occhi da un lato, ed emiparesi lieve controlaterale. I segni paretici sono sempre minimi dato che il fascio piramidale è quasi indenne. Al Foville può associarsi una paralisi dell'oculomotore esterno; *c*) si possono avere anche delle emianestesie alterne. 2) *Sindromi mioclo-niche* da poco note, e si ricollegano al *nistagmo del velopendolo* in cui il velopendolo si trova animato da scosse ritmiche, regolari, intense, in n. di 52-130 al m. e che consistono in un movimento di elevazione del velo seguito da rilasciamento completo. Le contrazioni si estendono alla muscolatura del faringe, all'aditus laringis, e le corde vocali stesse ne sono colpite. Si possono associare a queste, delle mioclonie sincrone dei muscoli della faccia e dei sottojoidei. Gli AA. affermano in base a quattro casi clinici accuratamente studiati che queste sindromi sono dovute a lesioni della calotta pontina da emorragie o rammollimenti.

L. TONELLI.

INFEZIONI.

Trasmissione intrauterina del virus tubercoloso dalla madre al figlio.

(CALMETTE, VALTIS e LACOMME. *Presse Méd.*, n. 90, 10 novembre 1926).

Gli AA. circa un anno fa dimostrarono che nei prodotti tubercolari e nelle culture dei b. di Kock vi sono degli elementi filtrabili che inoculati a cavie in gestazione possono attraversare la placenta, infettare il feto, nel quale si trovano poi delle forme non filtrabili ed acidoresistenti del bacillo tubercolare.

Arloing e Dufourt hanno isolato subito nato, un bimbo prematuro di una madre tubercolosa e poi avendo spappolato i gangli mesenterici del bimbo, li hanno filtrati ed inoculato il filtrato nelle cavie, hanno poi dimostrato in esse delle forme comuni acido-resistenti di b. di Koch.

Gli AA. confermano in un più gran numero di casi queste esperienze: su 100 bimbi nati da 99 donne tubercolose, ne morirono 21, di questi si fecero autopsie in 10 casi: le esperienze relative dettero i seguenti risultati:

1) feto abortivo al quinto mese. In nessun organo si rivela b. di Koch. La milza e triturata con sabbia sterile, e il iquido decantato si inocula alle cavie. Una cavia muore in 23 giorni, non vi si trovano bacilli. Un'altra cavia muore dopo 6 settimane, nessuna lesione tbc., ma un ganglio vicino al punto di inoculazione presenta dei b. di Kock. Come la milza così si trattano frammenti di fegato e gangli inguinali dello stesso feto ottenendo nelle cavie la comparsa di bacilli, il che dimostra che questi organi erano virulenti pure non contenendo bacilli acidoresistenti dimostrabili;

2) quattro bimbi estratti per parto cesareo, in tre di essi si poterono dimostrare bacilli con l'esame diretto degli organi, in tutti e quattro risultò positiva l'inoculazione di polpa di gangli, fegato e milza nella cavia;

3) altri 4 bimbi morti dopo 3-18-12 e 32 giorni rispettivamente, pure avendo gli organi apparen

temente indenni da tbc. e non contenenti alcun b. di Kock visibile, si sono mostrati virulenti con inoculazione alla cavia di poltiglie di organi filtrati.

Conclusioni: su nove neonati sottratti a qualsiasi contatto materno postnatale, in tre di essi si sono trovati bacilli all'esame diretto, e *tutti* avevano nei loro visceri e nei loro gangli degli elementi virulenti che inoculati alle cavie provocavano quasi con costanza comparse di forme bacillari colorabili collo Ziehl.

Si deve perciò ritenere: *a*) che in certe infezioni tubercolari gravi, il passaggio di virus tubercoloso dalla madre al feto, durante la gestazione si può produrre meno eccezionalmente di ciò che si credette una volta; *b*) l'infezione tubercolare transplacentare è spesso realizzata *da elementi invisibili al microscopio filtrabili attraverso candele, patogeni per la cavia*, che gli AA. chiamano: *ultravirus tubercolare*. Il b. di Koch uscito da questo ultravirus rappresenta uno stadio più avanzato di sviluppo di questi elementi filtrabili ed appare essere una forma di resistenza. Questi fatti non possono modificare le direttive di profilassi dei bimbi nati da tubercolose, in quanto che il contagio materno e familiare postnatale va ancora ritenuto il più importante fattore di infezione dei neonati e bimbi.

L. TONELLI.

Sulla antitossina per streptococco della scarlattina, presente nel sangue di scarlattinosi convalescenti.

(H. HENRY e F. LEWIS. *Lancet*. 3 aprile 1926).

Si può ottenere la tossina in forma secca, precipitandola con alcool dall'acqua di condensazione delle culture a piatto in agar-siero, dopo 24 ore di termostato, e disseccandola su acido solforico. Al riparo dall'umidità conserva inalterata la sua attività per almeno dieci mesi.

Invece di fare la prova intradermica con una sola diluizione, come nella prova di Dick, gli AA. la fanno contemporaneamente con varie diluizioni, e classificano gli immuni in vari gruppi, secondo la dose necessaria a dare una reazione cutanea. Considerando come unità la dose minima di tossina che dà intradermoreazione positiva nei soggetti più sensibili, la dose media di prova (o dose cute) è di due unità, e la dose massima adoperata dagli AA. è di 16 unità; a questa dose i soggetti più immuni non reagiscono.

Mescolando a 5 dosi cute, quantità progressive di siero di vari soggetti, immuni, recettivi, e convalescenti di scarlattina, e precisamente cmc. 0,004-0,01-0,02-0,04-0,1, mercè opportune diluizioni, in modo che il tutto era contenuto in cmc. 0,2, gli AA. hanno ottenuto miscele che, immediatamente dopo un'ora di termostato a 37°, hanno iniettato nel derma, nella detta quantità di cmc. 0,2, in adulti di buona volontà, e molto sensibili anche ad una unità, o ad una dose cute di tossina.

Si presterebbero anche i piccoli bambini, ma non è possibile o non è senza danno praticare su ciascuno di essi molte intradermoreazioni contemporaneamente. Gli animali non si prestano assolutamente. La reazione veniva letta dopo 24 ore.

Gli AA. sono giunti alle seguenti conclusioni. Essi chiamano unità di antitossina quella quantità che neutralizza completamente una dose cute, ed hanno trovato che su 20 bambini convalescenti di scarlattina 17 avevano più di 50 unità antitossiche per cmc. di siero, 9 anzi superavano 125 unità, e di questi, 5 raggiungevano 250 unità. Invece su 20 bambini che non ebbero scarlattina solo 8 raggiungevano 50 unità, solo 3 le 125, e solo 1 le 250 unità.

Talora sono state osservate pseudoreazioni, riconoscibili perchè date anche dalla semplice acqua di condensazione dell'agar, o dal siero di coniglio.

Le reazioni erano considerate positive se dopo 24 ore erano uguali o maggiori di quelle dovute ad una dose cute di tossina, negative se evidentemente minori.

DORIA.

Importanza etiologica delle infezioni focali.

(G. MURRAY. *Proceedings of the royal Soc. of med.*, febbraio 1926).

L'argomento fu discusso alla Società di medicina di Londra. Le infezioni focali, cioè i focolai infetti persistenti nell'organismo, possono dare origine a fenomeni morbosi spiccati in loco, esaltandosi la virulenza del germe, o diminuendo le resistenze dei tessuti; possono mandare in circolo tossine, capaci da dare svariati disturbi, ed eventualmente virulentare altri germi; possono mandare in circolo germi più o meno virulenti, donde setticemie acute o croniche, e focolai metastatici. Talvolta, senza manifestazioni cliniche rumorose, si stabiliscono le cosiddette subinfezioni (Adami) che portano alla degenerazione dell'elemento nobile di vari organi, e alla sua sostituzione con tessuto fibroso. Disturbi nutritivi possono prodursi anche per l'alterazione dei capillari che portano il sangue a dati organi.

Le più comuni infezioni focali sono quelle dentarie, della cistifillea, dell'appendice, del colon, delle vie urinarie, della cute, delle cavità paranasali (seni) delle tonsille.

Gli autori di lingua inglese tendono a vedere il fattore infettivo in molte sindromi alle quali

generalmente si riconosce un'altra origine: onde, per essi, una piorrea alveolare può dare, ad es. una parotite per infezione ascendente del dotto di stenone, un'ulcera gastrica, lesioni varie del l'intestino, specie nei non rari soggetti apparentemente normali che hanno congenitamente una achilia gastrica, e conseguentemente anemia perniciosa o degenerazioni midollari, o un'artrite cronica, ecc. Specialmente gli streptococchi non emolitici darebbero facilmente localizzazioni nei tendini, o meglio nei capillari dei tendini, donde fibrositi dolorose.

Secondo T. Graves anche disordini mentali più o meno spiccati potrebbero riconoscere la loro prima causa in una infezione a focolaio.

Però nella stessa riunione si levarono voci autorevoli a dire che il rapporto etiologico tra infezioni focali e molte delle malattie nominate non è così evidente che non si senta la necessità di investigarne la realtà e l'importanza mercè ulteriori indagini cliniche e sperimentali. Inoltre si levarono proteste contro l'uso invalso di estirpare i denti (talora anche tutti!) per i più vari disturbi (anche angina pectoris, asma, ulcera gastrica!). Generamente i pazienti non ne ebbero vantaggio, ma danno.

Un colto odontoiatra presente ammise che, anche nei casi in cui il rapporto tra infezione dentale e altri disturbi è più evidente, si deve curare l'infezione dentaria senza estirpare il dente, salvo che per le sue condizioni sia inservibile.

DORIA.

Il trattamento delle infezioni da stafilococco con il batteriofago di d'Hérelle.

(HANDUROY, CAMUS, DALSAZE. *La Presse Médicale*, p. 1195, 22 settembre 1926, n. 76).

Vari AA. tentarono di trattare le infezioni causate dallo stafilococco con il principio litico: Bruynoghe e Maisin (1921) in 24-48 ore ottennero l'assorbimento di foruncoli in evoluzione o il vuotamento di raccolte formatesi e la rapida guarigione delle lesioni. Bastin (1922) pubblicò casi analoghi: Gratia e Janmain ottennero rapidamente la guarigione in 50 casi di foruncoli, favi, ascessi sottocutanei. Si avrebbe con l'iniezione sottocutanea reazione leggera locale e dopo 36 ore un'attenuazione marcata dei fenomeni dolorosi. Barboza (1923) trattò col batteriofago casi di stafilococcemia e 2 casi di pielonefrite, di cui uno con osteomielite della tibia concomitante: ottenne la guarigione. Monnet riferisce altri 14 casi trattati col batteriofago; Gougerot e Peyre trattarono casi di sicosi stafilococcica.

Gli AA. si sono proposti di studiare il modo di impiego, le dosi, le controindicazioni di questa nuova terapia, estendendo la loro osservazione a circa 100 casi. Si trattava di ammalati con manifestazioni cutanee (foruncoli, favi, sicosi) od otorinologiche (otiti esterne circoscritte, otiti medie, follicoliti nasali, riniti muco-purulente, flemmoni delle tonsille) o reno-vescicali (pielonefriti con cistiti).

Il batteriofago adoperato era particolarmente attivo, preparato secondo la tecnica di Handuroy, con la massima garanzia di sterilità da elementi organizzati visibili. Prima di incominciare il trattamento dei malati si prova *in vitro* la lisi dello stafilococco che infetta, a mezzo del batteriofago che si propone di adoperare, essendo isolato il germe dal pus o dalle urine. Solo se la lisi è ottenuta *in vitro* si pratica il trattamento. Se il batteriofago è inattivo è inutile di applicare all'ammalato il principio litico. Gli AA. aggiungono che l'attività e la polivalenza del battteriofago adoperato erano tali che la maggior parte degli stafilococchi erano lisizzati *in vitro*.

Si pratica un trattamento generale ed uno locale: col primo si praticano 2-3 iniezioni sottocutanee di 2 cmc. di batteriofago, con 24 ore di intervallo. Sono controindicate più di 3 iniezioni generali: d'Hérelle infatti col batteriofago anti-Shiga iniettato sottocute (6-7 iniezioni) sensibilizzò dei topi che morirono con dosi non letali di B. Shiga; Handuroy iniettando (8-10 volte) a dei conigli batteriofago antistafilococcico ottenne in alcuni ascessi multipli da stafilococchi e nei sopravvissuti la morte con dosi non letali di stafilococchi iniettati nelle vene.

La via di introduzione del batteriofago è sempre la sottocutanea, dovendosi proscrivere la via endovenosa, poichè il prodotto che si inietta è una cultura di batteriofago nell'acqua peptonizzata o nel brodo, e l'introduzione di peptone nelle vene causerebbe una reazione generale, anche mortale.

Il trattamento locale è necessario come il generale, portando il batteriofago in contatto col focolaio infettivo: si iniettano attorno alla lesione o dentro alcune gocce di principio litico. Se il focolaio è aperto e suppura si applicano delle compresse imbevute di batteriofago. In alcuni casi si procederà ad applicazioni (sicosi), a bagni locali, a gargarismi (flemmoni delle tonsille). Nelle infezioni vescicali o renali si introducono con la sonda in vescica o nel bacinetto (10-15 cmc.) conservandoli il più che sia possibile. Il trattamento locale può essere ripetuto 4-5 volte, senza pericolo di sensibilizzazioni. Occorre sospendere il trattamento di disinfettanti, così come del chinino.

I risultati ottenuti nell'insieme furono buoni.

Gli AA. riferiscono un caso tipico di guarigione in 4 giorni di un individuo affetto da foruncolosi generalizzata con otite circoscritta e favo, e un caso di infezione urinaria da stafilococco, con pielite sinistra. In questo ultimo caso dopo 2 iniezioni ipodermiche di 3 cmc. di batteriofago e dopo una istillazione di 10 cmc. di batteriofago in vescica l'insemensamento ripetuto delle urine non diede più presenza di stafilococco, nè pus dalla pelvi sinistra.

In genere dopo qualche giorno i sintomi clinici spariscono. Se invece dopo 36-72 ore non si ha miglioramento è inutile continuare simile trattamento.

Si avrebbe *in vivo* come *in vitro* la lisi batterica. Ma vi sono degli insuccessi che per il momento non è possibile spiegare.

Gli AA. non hanno mai osservato reazione locale o generale violenta dopo l'iniezione di batteriofago. In genere non si ha una reazione maggiore che con un vaccino ordinario. Alcuni AA. avrebbero invece ottenuto gonfiore enorme al punto di inoculazione.

Gli AA. trattarono con batteriofago antistafilococcico 103 ammalati, con 76 guarigioni e 27 insuccessi. Con maggiore dettaglio possono gli AA. stabilire che su 49 casi acuti ottennero 11 insuccessi (20 %); su 19 casi cronici 11 insuccessi (58 %). Su una statistica generale di tutti i 154 casi trattati da Bruynoghe, Barboza, Appelmans, Gougerot e Peyre, Monnet, Bastin, Gratia, Handuroy, Camus e Dalsaze si ottenne la guarigione in 118 casi (76.62 %) e l'insuccesso in 36 casi. In questa statistica la cifra degli insuccessi è elevatissima, essendovi inclusi i casi dubbi.

Gli AA. concludono che il batteriofago antistafilococcico è un mezzo terapeutico eccellente, con l'unica controindicazione dovuta all'assenza dell'attività *in vitro*. I risultati sono ottenuti rapidamente in 4-5 giorni circa. Le reazioni sono incostanti e leggere. Le infezioni croniche sono le peggio influenzate.

JURA.

STOMATOLOGIA.

Le paradentosi ed il loro trattamento.

(NEUMANN. *Med. Klinik*, 1926 luglio).

Ogni medico dovrebbe conoscere i sintomi della piorrea alveolare, orientarsi sulle condizioni della bocca dei suoi clienti e raccomandare ad essi un energico trattamento, qualora una simile affezione si presentasse. Essa può guidare il medico alla diagnosi di malattie generali, quali il diabete, il reumatismo, in generale i disturbi del ricambio, e può inoltre se bene curata, salvaguardare il paziente da possibili complicazioni di origine strepto e stafilococcica. La sua cura è solo chirurgica e a nulla hanno valso finora gli espedienti ed i rimedi usati. Si calcolano a migliaia i medicamenti esperiti: ultimamente si tentò anche la cura vaccinica, ma il risultato fu presso che nullo. Difatti noi dobbiamo pensare che il pus uscente dalle tasche gengivali è il prodotto della distruzione ossea e dei tessuti molli, quali il periodonto, e l'attacco epiteliale. I sintomi oggettivi che noi osserviamo sono: 1) il riassorbimento dell'osso e della gengiva; 2) l'approfondirsi della tasca gengivale normale; 3) la formazione di ulcerazioni nell'interno della tasca, specialmente nelle forme purulente; 4) in certi casi deposito di tartaro. All'ispezione roentgenologica si osservano due specie di alterazione ossea: un'atrofia in senso verticale, una in quello orizzontale. I sintomi soggettivi sono generalmente non gravi. Quello che il paziente più che altro disturba non è tanto il pus, quanto la mobilità dei denti, che all'atto dell'affrontare i cibi, possono arrecargli disturbi sensibili, in casi gravi di piorrea poi impedirgli anche la masticazione e quindi la digestione. Dalla scopertura delle radici per l'abbassamento gengivale i denti vanno soggetti a tutte le spiacevoli sensazioni del freddo, del caldo, del dolce, del salato, e possono pure dar luogo a neuralgie, che spesso non sono riconosciute come causate dall'organo « dente » e curate con tutti gli antineuralgici possibili, si capisce senza risultato. La sintomatologia obbiettiva si può riassumere in poche parole: arrossamento della papilla gengivale, distacco di essa dal suo attacco epiteliale, emorragie al solo toccarla, deposito di tartaro lungo le tasche, fuoruscita di pus alla pressione sulla radice del dente, foetor ex ore, ecc. Il trattamento unico e razionale quello chirurgico. Bisogna allontanare le granulazioni che mantengono vita al pus e scucchiaiare i residui ossei che dalla fusione dell'alveolo si sono andati formando: allontanare le tasche gengivali ed abbassare la mucosa fino sull'osso sano; succede così che il dente può rimanere scoperto fino a due terzi della sua lunghezza, ciò che non gli impedisce però di consolidarsi, se il tessuto che lo circonda è sano; è assolutamente urgente allontanare qualsiasi resto di granulazione e di tartaro. L'atto operativo si svolge dunque in questi termini: anestesia locale; trattandosi dei denti infer. o super. si prendono a gruppi di 6 alla volta; si incide la mucosa dal bordo gengivale fino al fornice, si taglia tutta quella che circonda i denti a guisa di ghirlanda, si scolla poi in su o in giù a seconda che si tratta del mascellare o del mandibolare, levandola con tutto il periostio. Si presenta ora l'alveolo in tutta la sua estensione e

si vede la distruzione che esso ha subito. Con meticolosa esattezza si deve allontanare quanto di esso non è più vitale servendosi anche di una punta di termocauterio per penetrare fra i singoli denti. Si ribatte quindi la mucosa e si applicano le legature passando sempre fra i denti. Generalmente prima dell'operazione lo stomatologo avrà preparato un ponte di fissazione per tenere fermi i denti, nel qual caso l'atto operativo riesce un po' più malagevole e complicato specialmente per le legature.

Questo per quanto riguarda l'atto operativo. Sarebbe follia però attendersi una guarigione duratura di una piorrea, qualora non si fosse indagato su cause endogene ed exogene.

PIPERNO.

Carie dentaria e gravidanza.

(D. ZISKIN. *Amer Journ. Obst. e Ginec.*, novembre 1926).

Numerose teorie sono state avanzate per spiegare le possibili cause della carie dentaria nelle donne. Fra queste la più accetta sia dai medici che dai profani è quella che riguarda la gravidanza quale importante fattore etiologico della carie.

L'A. avendo avuto l'occasione di osservare lo stato dei denti in centinaia di donne, ha cercato di studiare i rapporti tra gravidanza e carie dentaria, e perciò nelle sue ricerche ha considerato quale fattore causale soltanto la gravidanza, trascurando di considerare ogni altra teoria sulla etiologia della carie nella donna gravida. All'uopo egli ha osservato la frequenza della carie in un gruppo di donne gravide e ha comparato questo gruppo con un gruppo di donne *non gravide*. In questi due gruppi, *coeteris paribus*, l'unica differenza era la gravidanza. I denti impiombati e mancanti sono stati considerati come cariati L'età delle donne nei due gruppi si estendeva dai 15 ai 45 anni, e, per comodità di statistica, i gruppi sono stati divisi in 6 sottogruppi: dai 15 ai 19 anni, dai 20 ai 24, dai 25 ai 29, dai 30 ai 34, dai 35 ai 39, dai 40 ai 45. Considerando la distribuzione dei casi, in ambo i gruppi, secondo le varie età dai 15 ai 45 anni, si nota che oltre la metà dei casi di carie nei due gruppi si riscontra tra i 18 e i 28 anni. Il maggior numero dei casi nel gruppo delle gravide si ha all'età di 21 anni (51 casi); mentre nel gruppo di controllo si ha a 20 anni (20 casi). In tutto si hanno 599 casi nel gruppo gravide e 205 casi nel gruppo controllo. Passando, poi, a considerare separatamente il numero dei casi e la percentuale di carie in ciascuno dei 6 sottogruppi (tanto nel gruppo delle gravide che nel gruppo controllo) i dati statistici ottenuti dimostrano chiaramente che vi è tendenza all'aumento dei casi di carie coll'aumentare dell'età. Nel gruppo delle gravide la percentuale più alta (47 %) si ha dai 30 ai 34 anni, e nel gruppo controllo (62 %) dai 35 ai 39 anni.

L'A. ha studiato, inoltre, i rapporti tra numero di gravidanze e carie dentaria. Se la gravidanza fosse causa di carie, le donne che hanno avuto il maggior numero di gravidanze dovrebbero presentare logicamente il maggior numero di casi di carie. Ebbene, dati statistici ben controllati stanno a dimostrare che anche in questi casi il fattore dominante è l'età.

Le conclusioni cui perviene l'A. sono le seguenti:

1) la gravidanza per se stessa non può essere considerata come causa di carie dentaria;

2) i dati statistici su riferiti stanno a dimostrare che vi è un aumento della frequenza della carie coll'aumentare dell'età;

3) il numero delle gravidanze non influisce sulla frequenza della carie dei denti.

N. MARZO.

ARGOMENTI DEL GIORNO.

I geloni.

I geloni rappresentano per molti individui un molesto e quasi costante compagno della stagione invernale. Scarsa e fugace attenzione vi dedicano i trattati di dermatologia sicchè spesso il medico non sa come comportarsi davanti a questi pazienti, per lo più piccoli bambini, con le mani ed i piedi gonfi, violacei e fortemente pruriginosi, in cui non raramente si manifestano delle ulceri torpide. Appunto per la scarsa attenzione che vi prestano i medici, il popolino si sbizzarrisce ad adottare una serie di rimedi stravaganti, fra cui primeggiano le frizioni con succo di cipolla.

Sebbene i geloni possano talora anche manifestarsi in individui a circolazione periferica normale, è un fatto che nella maggior parte dei casi essi, quali genuina espressione di una stasi circolatoria, si osservano in individui a circolazione torpida e sono, sotto tale punto di vista da associarsi alla acrocianosi. I casi di morbo di Raynaud hanno sempre, di fatto, nella loro anamnesi il ricordo di geloni sofferti nell'infanzia. Vi è dunque una predisposizione costituzionale nella genesi dei geloni, che noi vediamo comparire in due tipi diversi bene descritti da H. W. Barber (1). L'uno è il tipo grasso, che si

(1) *The Lancet*, 4 e 11 dic. 1926.

osserva per lo più in ragazze che, alla grassezza, associano un certo torpore fisico, psichico e mentale. Vanno spesso soggette a cheratosi pilare, a livedo; la cute, strettamente connessa con il connettivo sottocutaneo, non può essere sollevata in pieghe e dà spesso la sensazione come di edema e di pastosità. In generale queste pazienti menano una vita estremamente sedentaria, consumano una dieta deficiente in vitamine ed in elementi minerali.

Il tipo magro si osserva in entrambi i sessi, fin dall'infanzia, in pazienti di temperamento nervoso ed emotivo, con ipotonicità muscolare che culmina talora nella visceroptosi. La mancanza di un buon tono vasomotore è dimostrata dalla tendenza ad alternative di pallore e di rossore, dalle estremità fredde e bluastre; non è rara l'albuminuria ortostatica. Questo tipo va facilmente soggetto ad infezioni, quali catarri nasofaringei persistenti, attacchi ricorrenti di tonsillite; facilità che si osserva anche nel tipo grasso.

La circolazione torpida — stato che A. Martinete ha indicato col nome di *iposfissia* — fa risentire i suoi effetti sul metabolismo generale e predispone allo sviluppo di malattie cutanee e di altri sistemi, quando vi sia un'infezione cronica. In tal caso, di fatto, i batteri circolanti possono essere embolizzati e le loro tossine possono più agevolmente provocare reazioni infiammatorie. Le tubercolidi cutanee — eritema nodoso e papulo-necrotico — i noduli ipodermici non tubercolari (che si osservano in individui con reumatismo cronico e che sono probabilmente dovuti a streptococchi embolizzati), il lupus eritematoso si osservano appunto in questi soggetti con iposfissia.

*
* *

Il meccanismo con cui si producono le lesioni non è del tutto chiaro. Probabilmente, in risposta allo stimolo del freddo, si ha una contrazione iniziale delle piccole arterie e dei capillari, seguita da vasodilatazione reattiva. A quest'ultima si accompagna un aumento di permeabilità delle pareti vasali, con trasudazione di siero, che produce il nodulo e l'edema localizzato, su cui la pelle è stirata e, talvolta, si ha persino la formazione di bolle. La cute può facilmente rompersi, specialmente sotto l'azione del grattamento determinato dall'intenso prurito; ne risultano le note ulcerazioni torpide. Spesso poi, per il ripetersi dei geloni, si ha un inspessimento dello strato corneo, con formazione di ragadi ostinate.

Importante da mettersi in rilievo è sempre il fattore costituzionale, che può consistere in una deficienza endocrina, specialmente della tiroide e dei surreni. Si è voluto anche attribuire le lesioni a diminuzione della coagulabilità del sangue, che permette la trasudazione del plasma attraverso la parete vasale e che è associata a deficienza di calcio. Questa teoria, emessa da A. Wright, non è ancora bene dimostrata, tanto più che, dalle determinazioni sperimentali, non sarebbe risultata tale deficienza.

Il freddo è il fattore essenziale nella genesi dei geloni, ciò che non toglie che lesioni dello stesso tipo possano aversi per embolismi batterici, come è il caso di una donna, già sofferente di morbo di Raynaud e di sclerodattilia in cui, dopo l'operazione per appendicectomia, durante la degenza in letto, si ebbe un'infezione acuta da B. coli, setticemia e sviluppo di lesioni del tutto simili ai geloni alle mani ed ai piedi.

Una curiosa teoria sulla genesi dei geloni è stata recentemente emessa da S. Leduc (1), il quale li attribuisce invece al caldo. Essi cioè non sarebbero che una sorta di radiodermite, dovuta al fatto che gli individui freddolosi, fin dai primi freddi si scaldano esponendo mani e piedi al calore che irraggia da un focolaio calorifico (stufa, caminetto). Tale autore ravvicina i geloni alle dermatiti che si osservano nelle donne che usano la scaldina sotto le sottane e che si manifestano con placche rosse, calde, pruriginose, talora ecchimotiche sulle gambe e sulle coscie. Gli stessi fenomeni si osservano anche alla faccia anteriore delle gambe di individui che, d'inverno, si espongono al calore ardente del fuoco, davanti al radiatore elettrico, al caminetto, alla stufa. In tal caso, la prevenzione dei geloni sarebbe abbastanza semplice e consisterebbe nell'evitare il riscaldamento al fuoco diretto ed ai focolai termici troppo caldi, usando invece per riscaldare le estremità intirizzite dei recipienti con acqua calda ricoperti con tessuti di lana. È un esperimento che mette conto di provare.

*
* *

Nel trattamento, si deve pensare anzitutto alla prevenzione. Curare dapprima le infezioni eventualmente esistenti (tubercolosi delle ghiandole linfatiche, catarri naso-faringei cronici o dei seni, tonsille e denti infetti). Modificare la dieta nel senso di non dare un eccesso di carboidrati ad

(1) *Presse médicale*, 19 gennaio 1926.

☞ DOVERI MORALI DEGLI ABBONATI:

diffondere il « Policlinico » tra i colleghi, facendolo conoscere ed apprezzare e procurando nuovi associati; provvedere al pagamento della quota dovuta all'Amministrazione, senza farsi sollecitare.

individui che fanno vita piuttosto sedentaria; somministrare cibi ricchi di vitamine: verdure e frutta fresca (evitando quelle acide che hanno azione decalcificante), burro, uova preferibilmente fresche; ridurre la carne, particolarmente negli individui con putrefazioni intestinali. Consigliare una vita attiva all'aria libera, con esercizi muscolari in relazione alle forze del paziente. Utile sembra il metodo « biocinetico » di Jacquet, che consiste nell'irrigidire le articolazioni delle dita (mani e piedi) con uno sforzo muscolare e tenerle in posizione elevata per 5 minuti, ripetendo l'esercizio parecchie volte al giorno.

Importante è un razionale modo di vestire, che tenga le estremità il più possibilmente calde senza stringerle. Utili sono i raggi ultravioletti, sia per l'azione che essi esercitano sul simpatico e sulle ghiandole endocrine, sia per l'effetto di elevare il contenuto di calcio nel sangue. Come cure interne, tenuto conto che si tratta spesso di individui con insufficienza tiroidea o surrenale, può dare buoni risultati l'opoterapia rispettiva (la tiroide specialmente nei grassi); Blocq usa associare la tiroidina con pillole di cloridrato di chinino, ergotina e foglie di digitale. Anche la tintura di jodio dà buoni risultati, incominciando con 5 gocce, due volte al giorno nel latte ed aumentando (secondo la tolleranza) fino a LX, a dosi refratte. Nei magri è utile il calcio (eventualmente nelle diverse formole di specialità) e così pure l'olio di fegato di merluzzo.

Di minore importanza sono le cure locali. Fra queste si consiglia di immergere le estremità nell'acqua calda, attraverso cui si fa passare la corrente galvanica alla quale si fa subire, ad intervalli regolari, l'inversione; si fanno trattamenti per 10-20 minuti, continuando per 2-3 settimane. Utile secondo Barber (*loco citato*) sarebbe l'immersione per 10 minuti in acqua ossigenata a 15 volumi diluita con uguale quantità di acqua molto calda e seguita da forti frizioni con unguento al salicilato di metile o con spirito canforato. Anche l'adrenalina potrebbe dare qualche vantaggio, unendone 2 grammi della soluzione al 1 ‰ con 25 centigrammi di cloridrato di cocaina, 5 grammi di olio di vaselina e 15 di glicerolato d'amido. Con l'applicazione di questa pomata più volte al giorno, la pelle si raggrinza ed il gelone scompare.

Nei casi gravi, si mette il paziente ad assoluto riposo in letto, facendo blande applicazioni antisettiche sulle parti ulcerate.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und ihre Verhütung, VIII volume. Georg Thieme, Lipsia, 1926.

In questo fascicolo della interessante ed utile collana diretta dallo Schwalbe, Payr e due dei suoi aiuti Hleinschmidt e Hohlbaum trattano dell'appendicite il primo, delle malattie del peritoneo e delle ernie esterne gli altri.

In una trattazione di errori diagnostici e terapeutici questi sono argomenti di principale importanza. Perchè sono molteplici le diagnosi differenziali che bisogna prendere in considerazione. Non soltanto organi endoperitoneali ma anche organi situati all'esterno del peritoneo possono dare luogo ad una sintomatologia molto simile, tanto che non sempre nemmeno con una grande esperienza e fini risorse diagnostiche e semeiologiche si può giungere a conclusioni sicure. Spesso poi si tratta di casi urgenti nei quali non è permesso attendere e procrastinare una decisione che può essere di vitale importanza.

Payr e i suoi collaboratori con grande ordine e con quella critica che proviene da una larga esperienza hanno svolto in modo completo gli argomenti; e a noi pare che abbiano raggiunto il loro scopo di comporre un libro utile nella biblioteca di ogni medico. M. ASCOLI.

A. PREDIERI. *Compendio di traumatologia*. Vallardi, ed., 1926.

L'A. dedica il suo volume agli studenti ed ai pratici, che hanno bisogno di una guida pronta e sicura nell'esplicazione della loro attività professionale.

Egli intende mettere a parte i lettori degli insegnamenti che ha potuto raccogliere come Aiuto dalla voce del suo maestro prof. A. Mazzucchelli e di quelli che gli ha dettato la sua lunga esperienza come chirurgo primario dell'Ospedale civile di Pavia.

Nel volume infatti, oltre le nozioni strettamente necessarie di patologia, sono esposte ampiamente con chiarezza e semplicità tutte quelle nozioni su apparecchi, fasciature, massaggi, ecc., che sono indispensabili a qualunque medico pratico.

La ricchezza di illustrazioni rende anche più comprensibile, se ciò fosse necessario, quanto è esposto nel testo. MATRONOLA.

C. H. CHEVALLIER. *L'arthroplastie du génou*. Masson et C., ed., 1926.

Restituire ad un ginocchio anchilosato la sua mobilità pur conservando ad esso la necessaria solidità per sostenere il corpo è un problema, che, a parere dell'A. stesso, è stato risolto nel modo migliore dal nostro Putti.

L'A. studia dapprima i fondamenti anatomici, patologici e sperimentali sui quali si basa il metodo. Espone i diversi processi di mobilizzazione delle anchilosi e le differenti tecniche proposte per realizzare l'artroplastica, descrivendo in modo particolareggiato un metodo proprio che l'A. ha studiato solo sul cadavere e che non è che quello di Putti, con qualche modificazione.

Segue la statistica operatoria francese e straniera e quella di Putti. G. MATRONOLA.

LÉRI ANDRÉ. *Les affections de la colonne vertébrale.* Paris, Masson e C.ie, 1926. Fr. svizzeri 9.

Questo volume cui seguirà fra poco l'altro sulle affezioni delle ossa e delle articolazioni, raccoglie il frutto di osservazioni e di studi di circa 25 anni e costituisce una preziosa documentazione ed un interessante studio di quel capitolo della patologia che finora è stato poco trattato dai medici, e si può dire quasi esclusivamente di domi nio dei chirurgi.

L'A. non ha voluto farne un trattato didattico, ma ha voluto esporre le acquisizioni della sua lunga esperienza cercando di recare nuova luce a quei quadri morbosi che sono legati alle malattie della colonna vertebrale. Egli considera infatti dapprima le anomalie e disturbi di sviluppo della colonna vertebrale soffermandosi particolarmente sulla spina bifida occulta e sulle sindromi morbose ad essa collegate, e tratta poi dei vizi di differenziazione regionale e delle malattie acquisite del rachide.

In ogni capitolo riferisce con ampie documentazioni numerosi casi clinici che valgono ad illustrare chiaramente l'esposizione dei singoli argomenti.

L'opera del Léri appare quindi particolarmente interessante e di non comune utilità per i medici tutti. TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società di Medicina Legale di Roma.

Seduta del 13 dicembre 1926.
Presidenza: on. DORE.

Contributo allo studio dei caratteri anatomo-patologici delle fratture delle ossa lunghe delle mani e dei piedi in rapporto colle varie modalità traumatologiche e criteri per la diagnosi di autolesionismo.

Prof. DIEZ. — L'O. svolge una serie di modalità traumatologiche in casi di autolesionismo e insiste in modo speciale sulla necessità di non far solo la descrizione della lesione ma ricorrere al criterio storico coll'interrogatorio dell'imputato e dei testi per poter ricostruire il meccanesimo della lesione, fonte molto frequente di accertamento di simulazione o no in casi in cui la lesione da sola non avrebbe potuto accertare il vero.

Seduta del 23 dicembre 1926.
Presidenza: prof. OTTOLENGHI.

Distinzione fra macchie di sangue e macchie di liquame cadaverico.

Prof. A. BELLUSSI. — Tale distinzione assume una notevole importanza pratica per la soluzione di svariate questioni concernenti l'epoca della morte, la causa della morte, le modalità del reato.

L'O. si è convinto di ciò, in alcuni casi peritali molto gravi, a lui occorsi nei quali la necessità di questa distinzione si è affacciata in tutta la sua gravità ed interezza, in relazione alle questioni sovra ricordate.

Questo problema può essere affrontato ed anche risolto con sufficiente chiarezza seguendo alcuni criteri che qui l'O. si limita puramente e semplicemente a chiarire.

Non certo i semplici *caratteri morfologici e fisici* servono alla distinzione. Questa peraltro si avvantaggerà moltissimo dall'*esame spettroscopico* delle macchie; coll'*esame istologico* (dimostrazione del reticolo fibrinoso nelle macchie sospette di sangue) e coll'*esame chimico* (dimostrazione degli acidi grassi nelle macchie sospette di liquame) la quale ultima ricerca in alcuni casi particolari assume una reale ed effettiva importanza.

Questi criteri espliciti ed informati alle esigenze della pratica dall'O. sinteticamente illustrati saranno ampiamente illustrati in una successiva esposizione.

Lesione trasfossa del cranio da corpo contundente simulante una ferita d'arma da fuoco.

Dott. G. MASSAEI. — L'O. dopo aver ricordato che alcune volte ferite d'arma da fuoco possono essere ritenute e interpretate come lesioni da corpo contundente o da arma da taglio, fa notare come sia difficile invece che accada il contrario.

Il caso che illustra è forse l'unico negli annali di medicina legale e il rilievo minuzioso dei caratteri delle varie lesioni permise un giudizio esatto che fu poi confermato dalle ulteriori indagini processuali. Trattavasi di un ragazzo che viaggiando su di un treno lanciato alla velocità di 60 km. all'ora veniva colpito al capo dall'estremità di un'asta di ferro fissata con l'altro estremo alle cornici del finestrino di un'altra vettura viaggiante con la medesima velocità in senso opposto.

Tale mezzo aveva prodotto sulla cute e sulla calotta cranica lesioni che avevano tutta la parvenza di un colpo d'arma da fuoco.

A proposito della istituzione della « Carta di identità ».

Prof. S. OTTOLENGHI. — L'O. tratta della nuova « Carta di identità » introdotta dal Governo Nazionale e che comprende il segnalamento descrittivo dactiloscopico e fotografico. Dimostra l'importanza della sua applicazione per l'accertamento della personalità sia per l'identificazione civile che per l'identificazione nazionale.

Prof. BELLUSSI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La coriza.

Se, dice Jean Tarneaud (*Paris médical* 1926 n. 36) consideriamo la concatenazione dei fenomeni che portano alla produzione dell'infiammazione catarrale acuta della mucosa nasale, dobbiamo riconoscere che questa rappresenta una malattia infettiva sopravveniente in ragione di diversi fattori coadiuvanti. A malgrado le varie scoperte, la coriza va ritenuta una malattia microbica non specifica, epidemica e contagiosa, comune in tutti i paesi ed in tutte le età: più frequente nei paesi freddi ed umidi. Alcune riniti acute, afferma l'A., di certo non costituiscono una malattia unicamente nasale: l'infezione locale non spiega tutto: l'osservazione clinica fà notare tra le concause le variazioni brusche della temperatura, in seguito alla quale il soggetto ha un senso di freddo, poi compaiono i sintomi a carico delle fosse nasali: il p. starnuta più volte, comincia la secrezione acquosa, malessere generale, cefalea costrittiva a predominanza fronto orbitale, calore e prurito nelle fosse nasali la cui mucosa è rossa, tumida, umida. Due fatti dominano: la variazione brusca della temperatura, la perturbazione vaso motrice nasale. Ora questa vasodilatazione deve essere considerata come una reazione di difesa: così può aversi per azioni di certe polveri, pel tabacco, iodo, ecc. Nella coriza è il colpo di freddo che crea il perturbamento vaso motorio. È notorio che una vaso costrizione periferica è eguagliata nel giuoco circolatorio da una vaso dilatazione di una regione distante, centrale o periferica, e questo compenso non ci deve meravigliare quando vediamo che la sensazione di freddo richiede un più grande apporto di sangue alle fosse nasali per meglio riscaldare l'aria inspirata. L'abitudine al freddo, l'equilibrio delle funzioni neurovegetative assicurano la reflettività vaso motoria conveniente e così soldati ed esploratori non hanno che raramente raffreddori. Le cose sono differenti allorchè la brusca variazione di temperatura crea uno choc: ne consegue uno squilibrio vaso motorio e con una rinite vaso motoria debutta la coriza, su questo disturbo vaso motorio si impianta la rinite. Questa può essere la conseguenza di uno choc locale provocato nelle fosse nasali dalle polveri, dai vapori, dalle intempestive medicazioni locali: ostruzioni nasali, riniti ipertrofiche ecc. favoriscono le perturbazioni locali e così l'insorgere della coriza; l'elemento infettivo entra in secondo tempo in gioco, ma i due stadi difficilmente possono numerose volte dissociarsi. Noi non dobbiamo pensare di negare la frequente contagiosità della coriza, malattia infettiva: essa può essere trasmessa con l'alito; i filtrati delle secrezioni naso faringee possono trasmetterla.

La profilassi basata su antisettici locali conta scarsi successi: più numerosi ne conta la medicazione che combatte il fatto vasale. Anzitutto, il raffreddore è ben combattuto dall'igiene generale; niente è più efficace dell'abitudine al freddo con l'idroterapia fredda. In secondo luogo occorre rendere invulnerabili le fosse nasali allo choc: sopprimere le « spine nasali » irritative molto chiedendo alla galvano cauterizzazione. La cura abortiva del raffreddore è basata sulla cura diretta della rinite vaso motoria: essa non è utile che nelle prime ore dello scatenamento della crisi nasale: cattive riescono le applicazioni nasali a base di cocaina, adrenalina, filtrati batterici; nel periodo di invasione conta invece successi la medicazione generale: l'aconito secondo Godlewsky, ma specialmente la belladonna e l'adrenalina con posologia variabile da individuo ad individuo. Utile per arrestare il raffreddore al suo inizio si è mostrata la somministrazione ogni tre ore — sino ad effetto — di dieci gocce di adrenalina al millesimo lontano dai pasti. In conclusione, alcune riniti catarrali acute non sono l'espressione di una malattia unicamente nasale e possono essere arrestate all'inizio con la medicazione vegetativa.

MONTELEONE.

Fatti chirurgici che interessano l'innervazione simpatica del laringe e del faringe.

Lériche e Fontaine (*La Presse Médicale*, 22 settembre 1926, n. 76, p. 1194) rilevano che in seguito ad alcune operazioni sulla guaina del simpatico cervicale si hanno a volte secchezza di gola, difficoltà di deglutire, modificazione della voce. Obbiettivamente si osserva forte iperemia della parete faringea del lato operato e del bordo laringeo. In 2 casi l'iperemia faringea incominciava a livello della mucosa nasale; in un caso paresi dei costrittori delle corde vocali.

Pertanto alcune operazioni sul simpatico cervicale producono modificazioni circolatorie importanti a livello del faringe e del laringe, e probabilmente anche sulla muscolatura laringea.

Sperimentalmente del resto da Bilancioni e Tarantelli, da D'Onofrio e da altri si provarono i rapporti tra simpatico cervicale e laringe, specie nelle glandole laringee.

Recentemente asportando il ganglio medio cervicale isolatamente in un ammalato, il giorno seguente all'operazione, questi si lagnava di impedimento alla gola, parlava e respirava difficil mente; la voce si era modificata. Si osservava edema intenso della lingua e del pavimento boccale, specie a sinistra, con placche di essudato fibrinoso; edema della parte sinistra del faringe, dei pilastri e del laringe, della aritenoide a sinistra. Dopo circa un mese ritorno al normale. L'ablazione del ganglio cervicale medio provoca una vasodilatazione attiva della lingua, del laringe e del faringe, meno intensa che la sezione dei rami comunicanti.

D'altronde ciò forse si può spiegare con la soppressione di fibre antagoniste nell'asportare tutta la guaina cervicale.

JURA.

Scarlattina consecutiva ad interventi sul naso e sulla gola.

B. Lovett (*Journ. A. M. A.*) riporta vari casi e statistiche da cui appare che la massima parte dei casi di scarlattina chirurgica consegue ad operazioni sul naso e sulla gola. Tali casi furono generalmente assai gravi e ricchi di complicazioni.

DORIA.

TERAPIA.

Considerazioni sul trattamento idrominerale degli ipertesi.

Cottet (*Le Paris médical* n. 16, 1926) rileva che gli ipertesi, che le condizioni agitate della vita attuale sembrano moltiplicare, frequentano in gran numero le stazioni termali che loro convengono. Ciò non ci deve recar meraviglia sapendo quanto felicemente gli agenti naturali completino i mezzi igienici base della cura degli ipertesi. Occorre nella scelta di tale terapia però oculatezza: specialmente in coloro i quali sotto qualsiasi apparenza presentano un equilibrio instabile. Perciò il problema che spesso ci si pone è di determinare, dato un iperteso, la più proficua cura idrominerale.

Qualunque sia l'opinione patogenetica che noi abbiamo dell'ipertensione, tali malati possono suddividersi in due grandi categorie fondandosi sullo stato dei reni. Ormai sappiamo tutti che non ogni ipertensione è di origine renale: a fianco delle ipertensioni con lesioni renali, primitive o secondarie, l'ipertensione esiste spesso allo stato funzionale o puro. In ogni caso l'ipertensione si risente sull'apparato cardio-vascolare: e se le arterie sono alterate tanto più facilmente avverranno loro rotture, d'altra parte il superlavoro presto o tardi può portare all'insufficienza del ventricolo sinistro. Possiamo distinguere: ipertesi nei quali la lesione esiste allo stato solitario e spesso con tutte le apparenze della buona salute; ipertesi che dopo un periodo ben compensato presentano manifestazioni di insufficenza cardiaca, prima del ventricolo sinistro, poi di tutto il cuore; ipertesi primitivamente renali, per depurazione urinaria poliurica; ipertesi secondariamente renali per processi di arteriosclerosi.

È chiaro che l'iperteso renale è, più del puro iperteso, votato all'insufficienza cardiaca, dato l'ostacolo costituito dallo sbarramento renale.

Cuore e reni sono dunque talmente uniti che la sofferenza dell'uno non potrebbe restare lungo tempo senza azione sull'altro; l'ipertensione arteriosa così realizza frequentemente in una fase della sua evoluzione, quegli stati complessi nei quali i disturbi dell'eliminazione urinaria sono al primo piano e che si designano col nome di cardiorenali, termine comodo che maschera l'imbarazzo di determinare quanto spetti al cuore e quanto ai reni. Data questa sinergia cardio renale, vediamo quale debba essere la cura idro minerale degli ipertesi.

La lunga pratica mostra che due specie di medicazioni idrominerali convengono agli ipertesi: la medicazione esterna con balneazione carbo gassosa da una parte, la medicazione interna con cure di diuresi dall'altra. È inutile rammentare come gli ipertesi, specie gli ipertesi puramente funzionali, possono più benefiziarsi di quelle stazioni ove il soggiorno e l'influenza sedativa delle pratiche idriatiche potranno favorevolmente influire sul loro eretismo cardio vascolare: però allo stato attuale delle cose, sono le stazioni di bagni carbo gassosi e le stazioni di diuresi che si dividono gli ipertesi. Queste due cure agiscono con meccanismi essenzialmente differenti: la balneazione carbo gassosa agisce specialmente per vaso dilatazione del sistema arterioso tanto centrale che periferico, e mettendo in azione alcuni riflessi a punto di partenza cutaneo esercita un'azione diretta sull'apparato circolatorio: azione ipotensiva da una parte, cardio tonica dall'altra.

La cura di diuresi consiste nello stimolare fisologicamente l'eliminazione urinaria con l'ingestione metodica, con tecnica appropriata di acque debolmente mineralizzate, in modo da esercitare per via renale un'azione eliminatrice, depletiva e disintossicante. Essa combatte dunque, da una parte i fattori tossici dell'ipertensione con una intensa depurazione urinaria, d'altra parte corregge i disturbi dell'eliminazione urinaria legati all'insufficienza cardiaca renale. Differenti nella loro applicazione le due cure tendono ad effetti

comuni: ed anche i bagni carbo gassosi hanno azione diuretica. Ne segue che queste due cure hanno delle indicazioni comuni e delle indicazioni proprie a ciascuna. Gli ipertesi vigorosi, attivi, iperattivi, spesso pletorici, ipertesi puri potranno essere indifferentemente inviati all'una o altra stazione: sarà per essi utile una moderata altitudine (500 m. al massimo), il clima sedativo, il regime alimentare, il riposo fisico e mentale, e per gli uni saranno migliori i bagni carbo gassosi, per gli altri le stazioni di diuresi: è difficile la scelta. In favore della cura di diuresi stanno le manifestazioni uricemiche, gottose, litiasiche renali.

Non bisogna giudicare dei risultati delle cure unicamente dai loro effetti immediati sulla pressione: alcuni malati lasciano le stazioni migliorati ma senza abbassamento della pressione che potrà abbassarsi ulteriormente; altri se ne vanno con abbassamenti della tensione cospicui, ma che ben presto scompaiono.

I bagni e la diuresi sono anche utili per gli ipertesi con iniziale indebolimento cardiaco: la pratica insegna che la cura di diuresi dà risultati soddisfacenti a patto che sia osservata con tecnica appropriata e posologia sorvegliata delle bevande, che porta spesso a restringere la quantità dei liquidi abitualmente ingeriti con una giudiziosa utilizzazione del clinostatismo e del regime ipoclorurato in piacevoli condizioni di riposo: migliora in essi lo stato generale, scompare la dispnea da sforzo, diminuisce il peso, migliora la diuresi nictemeriale, tanto per quanto riguarda il volume che il ritmo, il che attesta l'azione declorurante e disidratante delle cure di diuresi.

Per gli ipertesi renali si è d'accordo nel ritenere utili le cure di diuresi: certo che è ben difficile stabilire quale iperteso è renale, per esso migliorerà con la cura di diuresi per quanto lo permette la restante elasticità funzionale renale. Questa dovrà essere controllata giorno per giorno di cura con lo studio dell'eliminazione renale durante la cura: essa ci farà vedere in alcuni cardio renali che il rene non è più capace di rispondere alla sollecitazione idrica, e si noterà l'elevazione dell'azotemia e della costante, tal'altra la progressiva maggiore permeabilità del rene: l'azione eliminatrice, disintossicante e depletiva non si produrrà che nella misura nella quale la via renale è aperta o suscettibile di aprirsi. Fra le prove che si dimostrano utili per tali conoscenze è da mettere la diuresi provocata del Vaquez: in base ad essa la cura sarà prudentemente seguita.

MONTELEONE.

L'estratto di fegato nell'ipertensione.

Viene preconizzato dagli autori americani (cfr. *Journal des praticiens*, 23 ottobre 1926), in base ad esperienze di laboratorio che hanno dimostrato che si ottiene con esso una caduta di tensione graduale, progressiva, che raggiunge il massimo anche dopo parecchie ore e che ha una durata relativamente prolungata.

Nell'uomo i risultati sono di più difficile giudizio, per le tante cause d'errore che possono falsare i risultati. Sembra pertanto che in un grandissimo numero di casi i sintomi funzionali dell'ipertensione siano notevolmente migliorati. Alcuni osservatori hanno ottenute delle cadute di tensione da 24-18 a 17-12, che si mantennero per diversi giorni. Altri invece, specialmente nella ipertensione della menopausa senza disturbi renali non hanno ottenuto nulla, salvo in qualche caso un certo miglioramento nei disturbi funzionali.

Il rimedio sarebbe inefficace nelle ipertensioni irreducibili, « fissate », antiche, mentre darebbe risultati soddisfacenti nei giovani, senza arteriosclerosi, con reni normali, urine senza cilindri e soglia renale non modificata.

fil.

SEMEIOTICA.

Sulla frequenza e sul significato del dolore dorsale in ginecologia.

Lo studio dei dolori alla regione dorsale costituisce in medicina un problema molto interessante. Dolori al dorso possono avere origine da un complesso di condizioni morbose, che possono coesistere nel medesimo individuo, per cui nella determinazione del fattore etiologico occorre procedere con molta circospezione. Una volta si riteneva che le affezioni pelviche nelle donne fossero la causa principale del dolore dorsale, ma le idee mutarono quando l'esperienza dimostrò che i dolori non sempre scomparivano dopo gli interventi sugli organi pelvici, e che anche gli uomini erano soggetti agli stessi dolori. In quell'epoca poco era conosciuto circa l'etiologia della lombaggine e della sciatica nonchè dell'importanza della prostata come causa di dolori dorsali. Kelly insegnava di non promettere la scomparsa del dolore in modo definitivo alle malate affette da infiammazioni degli organi pelvici o da retroversioni uterine accentuate. Lovett per il primo ha dimostrato che il dolore dorsale è dovuto a cause molteplici: artriti della colonna vertebrale, delle articolazioni sacro-iliache, trau-

matismi alla regione dorsale, nonchè affezioni pelviche. Egli pensava, tuttavia, che la causa più comune fosse primitivamente un difetto statico e conseguentemente l'irritazione dei muscoli, dei legamenti articolari e delle fascie. Quasi tutti gli AA. sono concordi nel ritenere che lo spostamento del centro di gravità nella stazione eretta dà luogo a sforzi muscolari e di conseguenza dolori al dorso. Quando il dolore è localizzato in vicinanza dell'articolazione sacro-iliaca, è difficile stabilire se esso sia di origine muscolare o articolare. Molti AA. si sono occupati sull'argomento del dolore dorsale nelle donne, ma la grande maggioranza di essi ha sostenuto debolmente l'ipotesi che le affezioni ginecologiche possano costituire un importante fattore etio-patogenetico del dolore. Altri AA., infine, sostengono che le affezioni ginecologiche raramente sono la causa di dolori dorsali.

Allo scopo di approfondire le conoscenze sull'argomento, F. W. Lynch (*Americ. Journ. Obst. e Ginecology*, nov. 1926) ha studiato il comportamento del sintoma dolore prima e dopo l'intervento operativo in 1041 donne operate per affezioni ginecologiche, le più svariate. Egli ha notato che in molte pazienti il dolore scompariva dopo la operazione.

Le conclusioni molto interessanti alle quali egli perviene sono le seguenti:

1) il dolore alla regione sacrale o sacrolombare era presente nel 49 % delle 1041 donne operate per affezioni ginecologiche;

2) esso era presente nel 15 % dei 28 tumori ovarici; nel 34 % dei 101 fibromi uterini; nel 49 % dei 434 casi di affezioni flogistiche degli organi pelvici; nel 61 % delle 290 retroflessioni, la maggior parte delle quali erano complicate con lesioni cervicali e vaginali; nel 71 % dei 125 casi di prolasso vaginale in donne al di sotto dei 40 anni; e nel 22 % soltanto dei 63 casi di prolasso completo;

3) il dolore potè essere attribuito alle malattie ginecologiche per il fatto che esso scomparve per un periodo di tempo da 1 a 8 anni nel 76,5 % delle operate che presentarono questo sintoma prima dell'intervento operativo;

4) nei casi che presentarono il dolore dorsale prima dell'intervento operativo esso scomparve nella seguente percentuale: nel 50 % dei tumori ovarici, nel 72 % delle infiammazioni croniche degli organi pelvici, nel 79 % delle donne sotto i 40 anni affette da prolasso vaginale, nell'80 % dei fibromi, nell'81 % delle retroversioni e retroflessioni, e nel 37 % dei prolassi completi;

5) il dolore dorsale nelle affezioni ginecologiche è dovuto principalmente a congestione degli organi pelvici. Lievi vizi della stazione eretta e dell'andatura possono favorire l'insorgere di questa condizione;

6) in tutti i casi di dolore dorsale il sintoma era da attribuirsi a ragioni ortopediche soltanto nella proporzione dal 16,5 % al 23,5 %.

N. MARZO.

Un nuovo segno di gravidanza.

C. J. Gauss (*Z. Blatt. f. Gynäkol.*, 1926, p. 875) ha osservato che nel primo mese di gravidanza il collo dell'utero ha una mobilità maggiore del consueto, rispetto al corpo, in quanto che è possibile muovere il primo lateralmente, in avanti ed in addietro, senza spostare il secondo. Nel fare questa prova è necessario evitare la confusione della gravidanza nei primi stadi con quei casi in cui la mucosa della *portio* è molto inspessita e mobile.

La mobilità peculiare del primo mese della gravidanza è dovuta alle modificazioni, di cui la compressibilità astenica di Hegar è un altro segno. Essa è dovuta specialmente al fatto che nella porzione dell'istmo dell'utero umano vi è una pseudo-articolazione che riconosce numerose cause. La disposizione della muscolatura uterina nell'istmo fa sì che questa è una regione particolarmente suscettibile all'azione di forze extrauterine, quali la pressione della vescica e degli intestini e la pressione endoaddominale. Tale debolezza viene poi considerevolmente aumentata da diverse cause.

Su 258 casi esaminati dall'A. questa mobilità dell'istmo è stata trovata assente soltanto in due; egli però non può ancor dire se esso si faccia più distinto con l'avanzarsi della gravidanza. Ad ogni modo, esso è superiore al segno di Hegar, che può trovarsi anche in donne non gravide e che deve quindi essere considerato solo come un segno di probabilità.

fil.

☛ ***Ai nostri abbonati rammentiamo l'interessante libro:***

Prof GIUSEPPE SANARELLI
Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Un. di Roma

Nuove vedute sulle infezioni dell'Apparato digerente

Un volume in-8, di pagg. VIII-184 (N. 14 delle nostre Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità), nitidamente stampato su carta semipatinata, con 28 figure intercalate nel testo. — Prezzo L. **25** più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **22.50** in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI
Via Sistina, n. 14 — ROMA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Pomata del Gauducheau. — Al dott. L. C., da N. I. :

Ecco la formula della pomata del Gauducheau:

Cianuro di mercurio	p.	0.075
Timolo	»	1.750
Calomelano	»	25
Lanolina	»	50
Vaselina	»	23.175

V. *Policlinico*, Sez. pratica, 1926, fasc. 4, p. 141.

V. MONTESANO.

Lavande vaginali. — All'abb. n. 2823:

Nella donna sana le lavande vaginali sono superflue. Nei casi di *leucorrea* bisogna sceverare la causa che la mantiene. Talora occorre una cura generale, più che locale: questa ultima varia secondo i casi; quando non ci siano speciali indicazioni curative, *e lei voglia far spendere poco*, può far eseguire le lavande con infuso di camomilla, con decotto di foglie di noci, con acqua e sale, acqua e qualche goccia di tintura di iodio, acqua e acido borico, ecc. ecc.

g.

Raschiamento endouterino. — Al dott. L. Tiberio, di Casalbordino:

Ella ha perfettamente ragione: nei processi infiammatori annessiali, anche apparentemente spenti, il raschiamento endouterino non solo non è utile, ma può riuscire dannoso.

L'argomento, che raccoglie il consenso unanime fra noi è fra altro trattato da GAIFAMI in *La Clinica Ostetrica*, 1924, n. 10 (*Una errata indicazione del raschiamento ginecologico*); da CLIVIO (in *Rivista di Ost. e Ginec. pratica*, 1925).

Ma *non esistono sanzioni penali*, quali lei invoca; la sanzione dovrebbe darla il pubblico, che è esposto al danno... anche finanziario, senza il risultato cercato; e allora i « raschiatori » sarebbero eliminati automaticamente; ma ... *vulgus vult decipi!*

Ad ogni modo accettiamo volentieri il suggerimento di trattare il tema sul *Policlinico* con l'ampiezza voluta.

P. G.

All'abb. n. 12249-1:

Prima deve ottenere la nomina a sottotenente medico di complemento, facendo un corso d'istruzione alla Scuola di Sanità di 3 mesi.

Ottenuta la nomina, potrà concorrere per essere ammesso alla Scuola di Firenze per un altro corso di 6 mesi per ottenere la nomina a tenente medico in S. P. E.

C.

VARIA.

Il didactiscopio chirurgico.

Il didactiscopio chirurgico è un apparecchio che permette a numerosi osservatori di seguire un'operazione chirurgica senza disturbare l'operatore. Il principio su cui si basa la sua costruzione è quello di un grande periscopio a due specchi solidali, mobili e sempre paralleli.

Gli osservatori possono trovarsi al di fuori della sala o nella sala stessa d'operazione, separati dagli operatori per mezzo di tramezzi di legno alti un paio di metri. L'operazione può essere veduta nello specchio sotto un angolo uguale a quello dello stesso operatore e quindi nelle migliori condizioni.

E. Estor e J. L. Pech (Methods and Problems of Medical Education, V serie) enumerano i vantaggi del didactiscopio come segue: 1) L'operazione è veduta da tutti gli spettatori come se essi fossero posti molto in alto al disopra del campo operatorio. In tal modo è possibile la visione in profondità, sicchè, attraverso un'incisione di 7 cm. e col didactiscopio alto m. 3,50 e posto a m. 1,50 al disopra del campo operatorio, si possono vedere degli organi posti alla profondità di 9 centimetri.

2) Gli spettatori non sono quindi disturbati dalle mani dell'operatore o da quelle dei suoi aiuti e nemmeno dalla loro testa o dal loro corpo. D'altra parte gli infermieri e gli anestetizzatori possono circolare liberamente attorno alla tavola d'operazione senza disturbare mai la visibilità.

3) È possibile tenere gli spettatori immobili, lontani dalla tavola operatoria ed eventualmente anche fuori dalla sala, ciò che assicura al chirurgo la massima comodità ed aumenta la sicurezza dell'operazione.

Gli svantaggi dell'apparecchio sarebbero i seguenti:

a) Per il fatto delle due riflessioni successive il campo operatorio finisce ad essere abbastanza lontano dall'osservatore ed in dimensioni ridotte, a circa due terzi del reale. Tale inconveniente può essere soppresso guardando l'operazione attraverso degli occhiali od un binocolo da teatro; in questo secondo caso l'immagine appare più grande che in realtà.

b) In seguito all'assorbimento da parte degli specchi l'immagine perde in luminosità. Per rimediare a ciò, gli AA. hanno fatto costruire una speciale lampada, detta « asciatica », la quale fornisce un'illuminazione sufficiente, pur senza disturbare il chirurgo nè provocare un incomodo riscaldamento per gli operatori ed il malato.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La pletora medica.

Il male è di tutti i paesi. I medici se ne lamentano da per tutto, in Spagna come nella Germania, nel Belgio come nell'Austria. Il fenomeno più impressionante si ha a Vienna, l'enorme capitale d'una piccola repubblica. La Facoltà di medicina conta 9000 studenti, di cui 1000 si laureano ogni anno e 700 rimangono a Vienna, che ora conta 3800 medici. In cinque anni il numero dei medici è raddoppiato mentre la popolazione diminuisce progressivamente e costantemente: ora si hanno 1,600,000 abitanti per modo che si ha un medico per ogni 450 abitanti. E poichè ben 1,420,000 persone sono assicurate alle casse di assistenza, la libera clientela è ridotta ad un quarto della popolazione. La situazione è complicata dalla depressione economica, per cui non è a meravigliare se molti medici cambiano mestiere, cercano di emigrare, o addirittura si uccidono! Così almeno annunzia il corrispondente del *Journal of the Medical American Association*.

In Germania si lamentano egualmente i danni della pletora professionale, per ovviare ai quali l'*Hartmannbund* ha deciso nell'Assemblea generale del giugno 1926 che gli studenti che hanno cominciato i loro corsi dopo il 1° ottobre 1924 non devono in alcun modo contare sull'aiuto dell'Associazione per formarsi la clientela. Nello stesso tempo l'*Hartmannbund* otteneva dal Governo del Reich che gli studenti laureati dopo il 1° aprile 1927 non possono praticare per conto delle Casse malati prima di dieci anni, ossia non prima dell'aprile 1937!

In Spagna le stesse lamentele e così nel Belgio. Si chiedono un po' dapertutto provvedimenti adatti a chiudere le porte delle Facoltà mediche o a limitare il numero delle concessioni dell'esercizio della professione.

In Italia le cose non vanno meglio. Il numero già esuberante di professionisti è accresciuto dalle vere valanghe di giovani medici che ogni anno le Università scaricano sul mercato. Gli sbocchi emigratori sono preclusi dalle leggi inibitorie o dalle varie misure ostruzioniste dei paesi che una volta assorbivano buon numero di colleghi. Quella clientela ci è ora contesa dai medici indigeni che anche là ora si producono in gran quantità in ragione delle migliorate condizioni culturali, o dai medici di altre nazioni anche esse afflitte dalla pletora e più favorite dai coefficienti di immigrazione.

Le preoccupazioni quindi che vanno manifestando alcuni colleghi sono giustificate. In effetti la pletora professionale è causa d'inconvenienti di vario genere che hanno riflessi economici e morali su tutta la classe, e di vasta e lunga portata. L'intensificarsi della concorrenza provoca da una parte una riduzione dell'ammontare delle competenze e dall'altra una rarefazione della clientela individuale. Ma v'ha di più: la disoccupazione crea o moltiplica certe attività di ripiego che abbassano il livello morale, il decoro ed il prestigio della classe.

I rimedi proposti non sembrano pratici o efficienti. Sopratutto non sembra risolutivo quello dell'adozione degli albi chiusi. Così facendo il problema non si risolverebbe, si sposterebbe: gli spostati ed i disoccupati si troverebbero fuori classe, ecco tutto.

A nostro avviso il rimedio più efficace è quello di evitare che i giovani si iscrivano in gran numero alle Facoltà di medicina. E più che con procedimenti legislativi o comunque coercitivi l'intento va perseguito con mezzi persuasivi, prospettando le poco rosee condizioni della classe, la sproporzione fra il lavoro, i sacrifici, le spese da sostenere e l'incertezza e la scarsezza del reddito professionale. E sarà bene precisare che quando non si riesca nel libero esercizio, il quale è tutt'altro che facile e richiede in ogni caso pazienza, perseveranza e mezzi economici per mantenersi per un non breve periodo d'anni, conviene adattarsi alla condotta o all'impiego.

Dei sacrifici, delle umiliazioni, delle rinunzie che importa la condotta, anche se economicamente oggi tanto migliorata, non è il caso di dire, nè è il caso di insistere sulle non rosee condizioni dei medici impiegati, che in tutte le Amministrazioni sono poco considerati, in genere più tollerati che apprezzati, e che in confronto di certi impiegati anche se muniti di titolo di studio molto inferiore non sono i meglio trattati e ricompensati.

Bisogna creare nei giovani la consapevolezza delle difficoltà, delle asprezze, degli svantaggi che la nostra professione offre in confronto delle altre. Lo studio lungo e assiduo, la preparazione accurata, le qualità intellettive, a nulla valgono se non si hanno i mezzi economici per sostenersi per un lungo periodo d'anni anche dopo la laurea, o se non si possiede la capacità e la possibilità di rimanere in una condizione di miseria quasi durante tutta la giovinezza e buona parte

della maturità. In medicina si arriva tardi e non molti arrivano. All'allettamento che può essere offerto dalla fortuna dei pochi bisogna contrapporre la grande massa di medici che vive stentamente e tormentata dal rammarico di avere studiata la medicina. *Pangloss.*

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Sanitario Fascista di Roma e Provincia.

Il Segretario rende noto che la quota dovuta dagli iscritti è fissata, per il primo semestre del corr. anno 1927, in L. 18.

All'atto del versamento di detta quota dovrà versarsi anche la somma di L. 10 per la tessera.

I versamenti dovranno essere fatti entro il 31 marzo prossimo nella sede del Sindacato in via dei Lucchesi 31, dalle ore 10 alle 12 e dalle 18 alle 21 dei giorni feriali.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Gravina in Puglia; al 31 mar., ore 12; L. 16,500 e 4 quadr. dec.; divieto di eserc. profess. tranne consulenza e direz. di laborat. micrografico; titoli ed esami; età lim. 45 a.; tassa L. 50.20 alla Tesoreria comunale di Gravina i. P.; serv. entro 30 gg.

CAMERINO. *L. Università.* — Professore non stabile di anatomia umana normale. Scad. 30 apr. (D. M. 31 dic. 1926 pubblicato sulla *G. U.* 29 genn. 1927).

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti Ll. Pp.* — A tutto 20 mar., due med.-chir. aggiunti; L. 4500 e partecipaz. tasse. Esami. Carica triennale; dopo un biennio ammissione ai concorsi interni per aiuti medici o chirurgi. Tassa L. 50. Docum. a 3 mesi. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Concorso interno uff. san. consorziale per quarantanove consorzi con norme art. 13 R. D. 29 nov. 1925 n. 2266. Scadenza 10 marzo.

GIFFONI VALLE PIANA (*Salerno*). — Scad. 22 mar.; 2ª zona; L. 6500 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; indenn. trasp.; età 25-40 a.; tassa L. 50.

LIZZANO IN BELVEDERE (*Bologna*). — Scad. 6 marzo; 2ª cond.; L. 9800 e 5 quadr. dec., oltre L. 1200 c.-v. e L. 1500 trasp. se mezzo meccanico, L. 3000 se cavallo; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

MACERATA. *Manicomio Provinciale.* — Medico primario; L. 11,400 e 4 quadr. di L. 600; indenn. serv. att. L. 800; c.-v. Uso gratuito di appartam. con illuminaz. e riscaldam. Scad. 10 marzo.

RAVENNA. *Ospedale Civile.* — Al 15 mar., primario radiologo, direttore del Gabinetto di radiologia; vedi fasc. 8.

RE (*Novara*). — Consor. 5 comuni; kmq. 5; ab. 1314; L. 9000, oltre L. 500 uff. san.; L. 150 ambulat.; L. 1200 c.-v.; alloggio. Scad. 20 mar. Doc. a 3 mesi. Tassa L. 50.05.

ROMA. *Brefotrofio.* — Aiuto medico; titoli; contratto a termine. Scad. ore 12 del 15 marzo. Chiarimenti presso la Segreteria.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Conc. per la nom. di 8 tenenti medici in S. P. nel Corpo sanit. maritt.; età mass. 30 a. alla scad., 5 maggio; domande in carta da L. 3 alla Direz. gen. del Personale e dei servizi militari, Divis. Stato giuridico. I vincitori, se ammogliati, dovranno entro il term. di due mesi dalla nom., documentare di possedere la rendita annua di L. 4500. Gli esami avranno inizio il 6 giu. Chiedere notificazione e programma alla Direz. suddetta ovvero alla Direz. centr. di Sanità milit. maritt. od anche alle Direz. degli Ospedali milit. maritt. di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena, alla Direz. dei Serv. san. della R. Marina di Napoli o a quella della Infermeria di Brindisi.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 28 assistenti medico-chirurghi. Vedi fasc. 7. Scad. 21 marzo.

SPOLETO (*Perugia*). — Scad. 10 mar.; per Baiano; L. 8000, oltre L. 2100 serv. att., c.-v., due bienni di L. 600 e 2 trienni di L. 700; indennità trasp. (L. 500 bicicl.; L. 2000 motociclo; L. 4000 cavalcat. o automobile).

TREVISO. *Opere Pie Riunite Ospedale Civile ed Istituto Esposti con Maternità.* — A tutto 9 mar.; direttore medico-anatomo-patologo; L. 24,000; 5 aumenti quadriennali del 10 %; c.-v.; emolumenti per ricerche di gabinetto; professione libera nella specialità compatibilmente colle esigenze di servizio. Rivolgersi Segreteria.

VALENZANO (*Bari*). — Scad. 10 mar.; L. 10,000 annue e 5 quadrienni di L. 500 ciascuno, senz'altro assegno. Chiedere avviso.

VENEZIA. *R. Accademia di Belle Arti.* — Professore di anatomia. Doc. al Ministero della P. I., Direz. gen. per le Antichità e le Belle Arti. Scad. 31 marzo.

CONCORSI A PREMI.

Premio Riberi per gli ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina.

Sarà assegnato un premio di L. 3000 alla migliore delle memorie redatte da ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina sul seguente tema: « Organizzazione sanitaria militare di pace quale preparazione e base per la migliore organizzazione in tempo di guerra ».

1) Nessuna memoria, per quanto pregevole, potrà conseguire il premio, se l'autore non avrà soddisfatto a tutte le esigenze del programma;

2) Le memorie non premiate potranno, ove ne siano giudicate degne, conseguire una menzione onorevole;

3) Le memorie dovranno essere inedite e scritte in lingua italiana con caratteri chiaramente leggibili e possibilmente dattilografate;

4) Potranno concorrere gli ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina in servizio permanente effettivo, anche se a disposizione di altri Ministeri, in aspettativa, in posizione di servizio ausiliario, gli ufficiali medici di riserva provenienti dal servizio attivo e tutti gli ufficiali medici non

più inscritti nei ruoli, purchè provenienti dal servizio attivo;

5) Ciascuna memoria dovrà essere contrassegnata da un motto, il quale verrà ripetuto in una scheda suggellata, contenente il cognome, il nome, il grado e il luogo di residenza dell'autore;

6) Sarà evitata qualunque espressione che possa far conoscere l'autore altrimenti questi perderà ogni diritto al conferimento del premio;

7) Verranno soltanto aperte la scheda della memoria premiata e le schede delle giudicate meritevoli di menzione onorevole; le altre verranno bruciate senza essere aperte;

8) L'estremo limite di tempo stabilito per la consegna delle memorie alla Direzione Centrale del Servizio sanitario militare è il 31 dicembre 1927; quelle che pervenissero in tempo posteriore saranno considerate come non ricevute;

9) La pubblicazione nel Giornale di Medicina Militare e negli Annali di Medicina Navale e Coloniale dei motti delle memorie presentate al concorso, servirà di ricevuta ai loro autori;

10) I manoscritti delle memorie presentate al concorso apparterranno di diritto alla Direzione Centrale del Servizio Sanitario Militare, con piena facoltà ad essa di pubblicare, per mezzo della stampa, la memoria premiata. L'autore però della memoria premiata sarà altresì libero di dare con lo stesso mezzo pubblicità al proprio lavoro anche emendato e modificato, purchè in questo caso si faccia sì che da una prefazione o dal testo del libro si possano conoscere tutti gli emendamenti e le modificazioni introdottevi posteriormente alla aggiudicazione del premio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Commissione giudicatrice del concorso « Premio Gradenigo », istituito dalla Cassa di Risparmio di Venezia per un lavoro sulla « Profilassi della tubercolosi laringea », ha prescelto, fra i sei lavori presentati, quello del dott. Mario Silvagni, assistente della R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. Rallegramenti.

Il prof. Aldo Perroncito, ordinario di patologia generale nella R. Università di Pavia e preside di quella Facoltà di medicina, è stato nominato socio corrispondente della « Société de Biologie de l'Institut Pasteur » di Parigi.

La Facoltà Medica dell'Università di Breslavia ha nominato dottore *honoris causa* il prof. Keizo Dohi, di dermatologia all'Università imperiale di Tokio.

Il premio Alvarenga del Collegio Medico di Filadelfia è stato assegnato nel 1926 ai dottori P. S. Pelonse e F. S. Schofield per uno studio intitolato « Il gonofago », concernente ricerche di laboratorio e cliniche sul principio litico del gonococco in colture.

BIOGRAFIE.

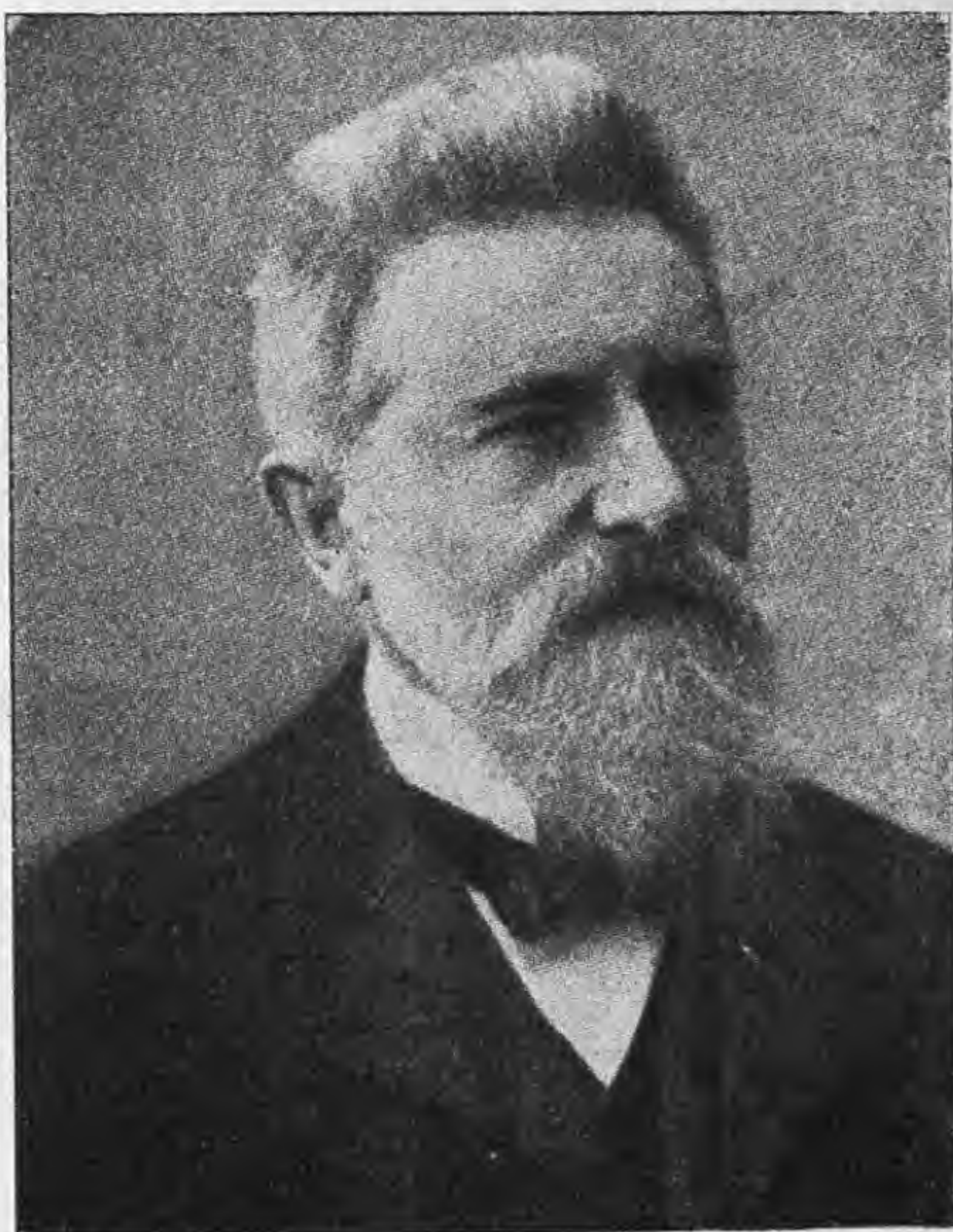
LEONARDO BIANCHI.

Aveva 79 anni, ma conservava ancora agile e fresca la mente, limpido il pensiero, vivace l'entusiasmo per il bene, per il bello, per il vero.

La legge inesorabile dei limiti d'età lo aveva sottratto all'insegnamento, alla clinica, al laboratorio ma Egli conservava ancora

Ratti i passi, i pensier, gli atti e gli accenti

come quando moveva alla conquista della gloria e della fortuna.

Per Lui, come per il colosso della clinica medica che di pochi giorni l'ha preceduto nella tomba, gli anni erano passati senza lasciare traccia di logorio, senza ottenebrare la luce dell'intelletto, senza smorzare la febbre del lavoro.

E con Lui si è abbattuta l'ultima delle robuste quercie che fecero gloriosa la Facoltà medica partenopea.

Pochi tra gli uomini eminenti che hanno onorato l'Italia nell'ultimo cinquantennio hanno avuto un intelletto così duttile, una attività così complessa. Leonardo Bianchi per il polimorfismo della sua mente è una delle figure più rappresentative del genio latino.

Clinico e filosofo, sperimentatore e letterato, istologo e sociologo, Leonardo Bianchi lasciò in ogni ricerca intrapresa, in ogni campo di studio da lui esplorato, orme incancellabili del suo genio.

Iniziò la sua carriera nella clinica medica (egli fu dichiarato eleggibile in due concorsi per cattedre di clinica medica) ma la sua mente speculativa lo fece ben presto deviare verso lo studio delle

malattie mentali. Nel 1888 vinse per concorso la cattedra di psichiatria nell'Università di Palermo, e di qui due anni dopo passò a Napoli, dove assunse anche la direzione di quel Manicomio Provinciale.

A Napoli compì i suoi studi, le sue ricerche che lo resero noto ed apprezzato in tutto il mondo scientifico.

I suoi lavori più geniali sono quelli sulla funzione dei lobi prefrontali, nei quali egli localizzò la sede dei processi intellettivi superiori, sulla sindrome parietale ora nota con il nome di sindrome di Bianchi, sulle afasie, sull'infettività del delirio acuto, sulla frenosi sensoria.

Pubblicò un *Trattato di Psichiatria*, che fu tradotto anche in inglese: opera veramente poderosa e istituzionale, nella quale oltre che la sua vasta dottrina profuse tutta la sua immensa esperienza clinica. Più recentemente ha pubblicato un libro, che è stato subito tradotto in francese ed in inglese, dal titolo *La meccanica del cervello*, che è un vero trattato di fisiologia cerebrale, e nel quale sono riassunti tutti i suoi lavori sull'argomento, le sue vedute schiettamente originali, le sue brillanti teorie.

Non più tardi di due anni fa pubblicava un volume magistrale sull'*Eugenica*, che è l'espressione della sua ultima attività, del suo apostolato per il miglioramento della razza.

La natura che gli fu generosa nel tornirlo di un cervello così poderoso, gli era stata prodiga di un'altra invidiabile dote: la facondia oratoria. Aveva una parola facile e calda, immaginosa e suadente. Le sue orazioni, le sue lezioni procuravano un vero godimento: avvincevano ed istruivano, commovevano e persuadevano.

La perfetta costituzione fisica armonizzava con lo spirito eletto e completava questo magnifico tipo della nostra razza. Dal suo occhio dolce e penetrante, sereno ed acuto, da tutta la sua persona emanava un fascino indicibile, che ne faceva un potente suggestionatore.

La signorilità del tratto, la bonarietà del carattere, la calma imperturbabile, lo rendevano simpatico a tutti.

E veri nemici non gli procurarono neppure le diversioni politiche, nelle quali seppe mantenere sempre una posizione di privilegio adeguata all'eccellenza del suo intelletto. Come deputato, come senatore, come ministro non abbandonò la sua personalità di biologo e di medico. Pronunziò discorsi solo per sostenere il miglioramento dei nostri istituti scientifici e nosocomiali, per sostenere la necessità di leggi di profilassi sociale.

Negli ultimi anni quando non l'età avanzata, ma la mancanza di mezzi adeguati gl'impedì di continuare i suoi studi sperimentali, anatomici e clinici, si dedicò all'eugenica.

Questo apostolato che egli perseguiva con fervore giovanile, con la luce del suo ingegno e della sua scienza riempiva tutta la sua vita, che non si poteva chiudere in modo più degno.

Sentiva profondamente il fascino del bello, il bisogno del bene: e ogni sua manifestazione scientifica è circondata da un'aureola di poesia, è indirizzata al sollievo del dolore umano.

Scienziato, artista, filantropo, Leonardo Bianchi ha dedicato il suo ultimo giorno alla scienza, all'arte, all'umanità. Al mattino egli aveva preso parte alla commemorazione virgiliana, nel pomeriggio moriva dopo aver pronunziato un discorso sulla patologia e la profilassi degli avvelenamenti voluttuari.

La natura gli è stata propizia fino alla fine. L'eterna nemica lo ha colpito nel suo seggio accademico. Leonardo Bianchi è morto in trincea, come un soldato.

G. DRAGOTTI.

NOTIZIE DIVERSE.

Disposizioni governative sanitarie.

In una recente seduta del Consiglio dei Ministri, fra le disposizioni deliberate, ve ne sono anche in materia sanitaria. Esse riguardano principalmente la composizione del Consiglio Superiore di Sanità e dei Consigli provinciali di sanità, ai quali saranno chiamati a partecipare i delegati delle Associazioni sindacali legalmente riconosciute, le modalità circa i compensi spettanti agli ufficiali sanitari per le prestazioni di interesse privato e per le analisi nei laboratori di vigilanza igienica, l'adozione di più severe sanzioni per omissioni delle denunzie nei casi di malattie infettive e per le frodi nelle bevande e negli alimenti.

Con lo stesso provvedimento sono state adottate disposizioni miranti ad impedire la pubblicità dei cosidetti mezzi terapeutici o preventivi quante volte essa si possa prestare a sorprendere la buona fede del pubblico o dimostri comunque tendenze o finalità riprovevoli. Si è altresì stabilita un'adeguata disciplina per i casi d'aborto, rendendo possibile su di essi un opportuno controllo delle autorità sanitarie. Si sono infine regolati, con norme di maggiore efficacia agli effetti della polizia sanitaria, l'esercizio professionale delle levatrici, i presidii medici e chirurgici, le case e le pensioni per gestanti.

È stato approvato il regolamento per l'esecuzione della legge sulla produzione e il commercio delle specialità medicinali. Esso è destinato a colmare una lacuna della nostra legislazione, disciplinando una materia lasciata finora senza valido controllo e compiendo opera che riuscirà utile non soltanto agli effetti sanitari, ma anche come incoraggiamento di una seria protezione sanitaria.

Lotta antitubercolare nelle classi operaie.

Si è riunito al Ministero dell'Economia Nazionale, presso il grand'uff. Giordani, direttore generale della Previdenza sociale, una commissione per lo studio dei mezzi atti alla difesa delle classi operaie contro la tubercolosi. In linea di massima si è stabilito di intensificare la lotta contro la tubercolosi nelle classi operaie, proponendo al Ministero delle Corporazioni di prelevare una parte

della quota sindacale che gli operai verseranno, per destinarla a tale scopo. In questo senso si prenderanno accordi col Ministero delle Corporazioni.

Corso di perfezionamento in tisiologia.

Si terrà per ufficiali medici, nel Sanatorio Militare di Anzio, a partire dal 3 marzo, per la durata di due mesi. Il corpo insegnante è così costituito: proff. gen. med. G. Memmo, direttore superiore del corso, sen. E. Maragliano, R. Alessandri, V. Ascoli, A. Busi, A. Dionisi, A. Sclavo, N. Sforza, col. med. S. Ricci, magg. med. A. Germino e G. Vassalli, cap. med. F. Bocchetti, direttore del Sanatorio.

Corsi complementari in igiene.

Si terranno, per aspiranti ufficiali sanitarî e per la durata di un bimestre, presso gl'Istituti d'Igiene di Pisa, a partire dal 7 marzo, e di Catania, a partire dal 15 marzo. Tasse L. 300 e L. 450 rispettivamente, da versare agli Economati delle Università. Chiedere gli annunzi. Se per il corso di Pisa gl'inscritti non raggiungeranno il numero di 24, il corso verrà rimandato.

I funerali di Leonardo Bianchi.

Imponentissime sono state le estreme onoranze rese a Leonardo Bianchi. Un interminabile corteo si è svolto tra due fitte ali di popolo; vi erano rappresentate le autorità politiche, cittadine e militari e innumerevoli Enti. La salma è stata tumulata nel Cimitero di Napoli.

Elargizioni e lasciti.

Il prof. J. Teissier ha donato agli ospedali di Lione 20,000 franchi e la sua biblioteca medica; alla Facoltà medica di Lione 5000 franchi, una collezione di medaglie e un ritratto di Potain. (*Lion Médical*).

La nob. Eugenia Parravicini vedova del nob. Lorenzo Parravicini dei marchesi di Persia, mancata ai vivi il 13 gennaio in Milano, con suo testamento olografo ha legato all'Ospedale Maggiore di Milano L. 50,000 nominali di consolidato 5 % e buoni del Tesoro.

Martire della scienza.

La Fondazione Carnegie per atti di eroismo ha assegnato una medaglia d'oro al roentgenologo dott. Honoré Vercanteren di Ghent (Belgio), parzialmente invalidato in seguito all'esercizio della sua professione nell'assistenza agli infortunati.

Organizzazione di volontari della trasfusione del sangue.

Il prof. Tandler, capo dell'Ufficio Comunale d'Igiene di Vienna, sta procedendo per cura del Comune di Vienna all'organizzazione degli operai, che vogliono aderirvi, in 4 gruppi formati sulla base dell'affinità di sangue, per far sì che, se un individuo ha bisogno di una infusione del liquido vitale, lo possa avere da un volontario offerente, iscritto alla sua stessa categoria.

Verificandosi nelle aziende degli infortuni, un volontario del gruppo di sangue, al quale appartiene il ferito, si recherà all'Ospedale insieme al collega per essere eventualmente sottoposto alla trasfusione del sangue.

Urotropina falsificata.

In seguito a denunzia del rappresentante a Milano della ditta Schering il procuratore del Re faceva procedere, in alcune farmacie, al sequestro di notevoli quantitativi di urotropina falsificata; ordinava anche l'arresto di Ernesto Bevilacqua, fabbricante del prodotto, G. Bennati e L. Capriolo.

Il problema del cancro.

Fra breve avremo un'edizione italiana del volume: *The Cancer Problem* del noto chirurgo di New York, il prof. dott. William Seaman Bainbridge.

Alla traduzione — dalle edizioni inglese, francese e spagnuola — sarà aggiunto un capitolo riguardante gli studî sul cancro compiuti in Italia ed una bibliografia, più completa che sia possibile, delle pubblicazioni di autori italiani su questo argomento che interessa non i medici soltanto, ma i sociologi, gl'igienisti, i filantropi.

Per comunicazioni in merito rivolgersi al magg. medico Giovanni Perilli, via Sistina 14 - Roma (6).

Il 29 dicembre 1926 moriva improvvisamente all'età di 66 anni il prof. GIUSEPPE D'ABUNDO, direttore della Clinica delle malattie mentali e nervose della R. Università di Napoli.

Fu allievo di Buonomo, di Armanni e di Bianchi, al quale succedette nella cattedra di Napoli, quando l'eminente psichiatra partenopeo fu collocato a riposo per limiti di età.

Si laureò nel 1884, fu dapprima assistente di Buonomo a Napoli, e poi di Sadun a Pisa. Nel 1894 vinse per concorso la cattedra di psichiatria di Cagliari, donde passò a Catania dove rimase trent'anni fino a quando non fu chiamato a Napoli.

Svolse la sua attività di studioso sopra tutto in neuropatologia pubblicando gran numero di lavori, che rivelano squisito spirito analitico, pregevoli doti di osservatore, serietà d'indirizzo. Fu abile sperimentatore, istologo e clinico.

Fondò e diresse per tre lustri la « Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia » che poi nel 1925 si fuse con i gloriosi « Annali di Neurologia » della Scuola Napoletana prendendo il nome di *Neurologica*.

Con la morte di D'Abundo la Facoltà medica di Napoli perde un valoroso insegnante, un clinico sperimentato, uno studioso accurato ed acuto.

a. a.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Edinb. Med. Journ., ag. — J. CORVAN. Il cuore insufficiente.

Journ. de Méd. de Paris, 26 lug. — G. ROSENTHAL. I lavori recenti sul pneumot. alla Forlanini.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 lug. — Numero sull'appar. digest.

Journal A. M. A., 17 lug. — C. N. MEADER. Peribronchite non tbc. simulante tbc. occulta. — M. A. RABINOWITZ. Pneumonite reumatica.

Semana Méd., 1 lug. — L. AYERZA. La sclerosi polm. — A. PELLEGRINI. Sieroprofilassi e sieroterapia della gangrena gass.

Deut. Med. Woch., 30 lug. — BRUMENTHAL. L'orig. dei tumori mal. — LOEWE e LANGE. L'ormone sessuale femminile. KIRCHENBLATH e al. La r. W. dopo iniezioni di latte.

Mediz. Klinik, 30 lug. — R. NEUMANN. La paradentosi (piorrea alveolare). — F. TURAN. La terapia costituzionale.

Practitioner, ag. — H. B. SHAW. L'uremia.

Rev. Sud Amer. de Endocr., ecc., 15 giu. — D. BOCCIA. Corea cronica in adulto. — 15 lug. V. FOSSATI. Autosiero salvarsanizzato intrarachideo nel trattam. della sifil. nerv.

Arch. Ital. di Dermatol. ecc., mag. — A. ORO. Granuloma tricofitico di Majocchi. — G. MARENGO. Dermite interdigitale di natura criptococcica.

Arch. Gen. di Neurol. ecc., 2. — Numero dedicato a S. Freund e alla psicanalisi.

Tubercolosi, lug. — A. ROSICA. Tbc. oculare.

Journ. d. Prat., 31 lug. — BEZANÇON. La spirochete nella gangrena polm.

Prensa Méd. Arg., 10 lug. — M. R. CASTEX e J. J. BERETERVIDE. Rapporti tra malaria e aortite.

Pediatr., 1 ag. — O. COZZOLINO. Herpes zoster e varicella.

Arch. Méd.-Chir. App. respir., n. 2. — F. DÉVÉ, JEANNE. Le cisti idatiche del polm.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., lug. — H. EHRENFEST. Le emorragie della pubertà. — P. BROOKE BLAND. Trattam. conservativo dei restrospostamenti uterini.

Riforma Med., 19 lug. — A. FERRANNINI. Lotta sociale contro la tbc.

Revue Neurol., giu. — Numero sui mezzi d'esploraz. clinica del sist. simpat.

Difesa Soc., lug. — A. ILVENTO. La tbc. è diminuita in Italia?

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Redattore-capo: prof. CESARE PEZZI

Il fascicolo 2 (Febbraio 1927) contiene:

LAVORI ORIGINALI: I - G. ANTONELLI: Sul valore diagnostico e prognostico della pressione venosa in rapporto alla pressione arteriosa nelle affezioni cardio-vascolari ed in alcune pneumopatie. — II. - A. ROSSI e V. CHINI: Appunti di elettrocardiologia: VI. Sulle alterazioni dei complessi ventricolari nelle miocarditi.

Rassegne, Riviste e Congressi: **Clinica**: Il cuore nell'anestesia. — Stenosi polmonare acquisita. — La sindrome d'allarme nella somministrazione della digitale. — **Fisiopatologia**: La regolazione del circolo coronario. — Discussione sulla iperpiesi alla Società Reale di Medicina in Londra.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico «Le Malattie del cuore», nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

A RICHIESTA SI INVIA NUMERO DI SAGGIO

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier V. ASCOLI, Red. resp

Pubblicazioni a disposizione dei Signori abbonati al "Policlinico":

Per gentile concessione della Casa Editrice, siamo in grado di offrire ai nostri abbonati il magistrale lavoro del grande clinico

AUGUSTO MURRI

Nosologia e Psicologia

Un volume in-8, di pag. XVI-208. — In commercio L. **18**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **16.90** in porto franco.

dello stesso Autore:

Saggio di perizie medico legali

per cura e con prefazione di **Antonio Gnudi.**

Seconda edizione aumentata. Volume in-8, di pag. XVI-272, L. **18.** — Per i nostri abbonati sole L. **16.90** in porto franco.

AUGUSTO MURRI.

Dei Medici Futuri.

Questo lucido lavoro critico dell'insigne Maestro fu pubblicato nella nostra «Sezione Medica» del 1920 e per quanto, in separata brochure, ne fossero state stampate parecchie centinaia di copie, tuttavia le edizioni sia del numero della «Sezione Medica», sia della «Brochure», si esaurirono rapidamente.

Pressati da numerosissime ed incessanti insistenze, abbiamo ristampato la magnifica monografia, e vi abbiamo potuto aggiungere un recente riuscitissimo ritratto dell'illustre uomo, in formato 15 x 19, stampato su carta patinata.

È un'elegante brochure, di 47 pagine, della stessa grandezza del «Policlinico»; costa L. **8**, ma ai nostri abbonati viene spedita per sole L. **6.50.** franca di porto.

AUGUSTO MURRI

MAURIZIO BUFALINI
nel cinquantenario di sua morte

Volume in-8°, di pagg. 30. Prezzo L. **5**. Per i nostri abbonati per sole L. **4.60** in porto franco.

Prof. FRANCESCO SCHIASSI.

La malaria e le sue forme atipiche

PARASSITOLOGIA - CLINICA - TERAPIA.

Un volume in-8° di pagg. xx-424, con figure e grafiche intercalate nel testo e con 3 tavole a colori fuori testo. In commercio L. 40, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 37.75 in porto franco.

Dott. AUGUSTO FIORENTINI
degli Ospedali Riuniti e già interno nella R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma.

La malaria nei bambini

Un volume in-8° di pagg. 129, nitidamente stampato, in buona carta prezzo L. 12. Per i nostri abbonati L. 10.75.

Prof. FRANCESCO PICCININNI
della R. Università di Napoli

La difesa della salute umana negli Stati Uniti d'America

(Osservazioni e studi di un viaggio negli Stati Uniti organizzato dalla Sezione igienica della Società delle Nazioni). Pubblicazione tradotta in inglese dalla Società delle Nazioni.

Un volume in 16, di pag. 198. — In commercio L. **12.** Per i nostri abbonati L. **10,75**, franco di porto.

Dott. Prof. ORESTE CIGNOZZI

La grossa milza malarica :: :: e le sue complicazioni :: ::

STUDIO CLINICO-OPERATIVO

Questo studio si basa su esatte cognizioni d'istologia e d'anatomia patologica; traccia i punti più importanti dell'anatomia e dei rapporti della milza; ne segue i dati clinici ed operativi; ed espone in modo preciso e critico le complicazioni a cui può andare incontro la milza malarica.

Tale monografia la più completa finoggi pubblicata in Italia ed all'estero rappresenta lo studio profondo di argomenti di anatomia patologica, di ematologia, patologia medica e chirurgica, semeioticofisica, clinica chirurgica e medicina operatoria nei riguardi delle splenomegalie malariche e delle loro complicazioni.

Un volume in-8, di 86 pagine nitidamente stampato su carta distinta: L. **12.50.** Per i nostri abbonati sole L. **10.90** in porto franco.

Dott. Prof. LUIGI SILVESTRINI

Patologia e Chirurgia della milza

(Studio sperimentale e clinico)

Un volume in-8 di pagine 402 nitidamente stampato su carta a macchina uso mano. Prezzo L. **35.** Per i nostri abbonati sole L. **32,90** franco di porto.

Prof. ANTONIO DE CASTRO
Docente di Clinica e di Medicina Operatoria

Complicazioni Post-Operatorie e loro terapia

Un grosso volume in-8°, di 468 pagine, in ottima veste tipografica. In commercio L. **60** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **55** franco di porto.

Prof. ANTONIO DE CASTRO
Docente di Clinica e di Medicina Operatoria

Chirurgia del Carcinoma della Mammella

Un grosso volume in-8°, di 366 pagine, in nitidissima veste tipografica, con XVIII Tavole fuori testo. In commercio L. **50** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **46** franco di porto.

Dott. Prof. RODOLFO ARMANDO SALA
Chirurgo Primario e Direttore dell'Ospedale Consorziale di Ronciglione

Chirurgia delle vie biliari.

Un volume in-8, in nitida veste tipografica, di pagine LXXXVIII-202 delle quali 32 in carta patinata contenente ben 68 splendide figure. — In commercio L. **40** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **35,90** porto franco.

Dott. C. F. ZANELLI
Docente di Clinica delle Malattie Nervose nella R. Università

Elementi di Diatermoterapia.

Un volume in-16, di pag. 183, con 80 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **12.** Per i nostri abbonati sole L. **11.20** in porto franco.

Dottor GIUSEPPE GIANNELLI
della Clinica Ortopedica e Traumatologica della R. Università di Roma

Il trattamento cruento delle fratture sottocutanee.

Un volume in-8, di 479 pagine, con 42 figure intercalate nel testo, stampato su buona carta in nitidissimi caratteri. In commercio L. **50** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **45,90** in porto franco.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «**per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

ANNO XXXIV Roma, 7 Marzo 1927 Fasc. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI PISA (diretto dal prof. sen. G. B. QUEIROLO).

La febbre mestruale nella tubercolosi polmonare.

(Contributo clinico e patogenetico).

Dott. SILVIO TRENTINI.

Fra i sintomi ed i disturbi funzionali che possono tornare di una certa utilità per far sospettare alcune volte e convalidare altre la diagnosi precoce di tubercolosi polmonare, v'ha la febbre mestruale. Rientra questa in quel gruppo di febbri così dette occasionali come la febbre da strapazzo, la febbre emottiva o da suggestione, e le febbri provocate con interventi terapeutici; febbri che devono andar distinte dalle febbri veramente tubercolari che sono invece da mettersi in diretto rapporto sia coll'infezione specifica come vogliono alcuni, sia ad infezioni secondarie, sovrapposte, come vogliono altri.

Nelle donne sane alcuni giorni prima del flusso mestruale si osserva, talora, una piccola elevazione termica che sparisce col sopraggiungere del flusso: lievi elevazioni termiche nel periodo premestruale si possono osservare anche in convalescenti delle più svariate malattie acute, ma questo fatto è constatabile, se non sempre, assai frequentemente in ammalate di tubercolosi circoscritta le quali di norma sono apirettiche: tanto frequente è dato di rilevare questo fenomeno da aver assunto esso, come è noto, un certo valore agli effetti del quesito diagnostico e, vedremo in seguito, prognostico di questa infezione.

Frequentemente la febbre precede di qualche giorno soltanto, più di rado anche sei o sette giorni la comparsa del flusso mestruale: si tratta di una piccola elevazione termica (2-6 decimi di grado); di rado è stato constatato qualche rialzo termico di una certa entità che raggiunse fino i 40 gradi centigradi. La caduta di questa febbre è quasi sempre brusca sia che abbia preceduto, come il più spesso avviene, una elevazione rapida di essa, sia che l'elevazione termica sia stata lenta e progressiva.

La maggior parte degli autori che si occuparono dell'argomento sono concordi nell'assegnare a questo rialzo termico nel periodo catameniale della donna un certo valore agli effetti della diagnosi precoce di tubercolosi ritenendolo, spesso, sufficiente a far sospettare o a richiamare comunque l'attenzione del sanitario su focolai latenti di tubercolosi in donne apparentemente sane. Queste le conclusioni di massima che dai lavori di Cantani, Galli, Mazzolini, Durand, Pensold, Daremberg, Sabourin, Kraus, Jessen ecc. si

possono trarre: conclusioni alle quali si oppone Kessel il quale soltanto nel 3 % dei casi avrebbe constatata la febbre mestruale: data questa percentuale, ben lontana da quella di Noncher (58 %), l'autore è portato a concludere che l'importanza che si è voluta dare al fenomeno della febbre mestruale nella tubercolosi è oltremodo esagerata.

Se concordi dunque si possono dire i pareri di quasi tutti gli autori nell'assegnare a questo sintoma della febbre mestruale una certa importanza nella diagnosi precoce della tubercolosi polmonare nelle donne, non altrettanto lo sono quando, di questo rialzo febbrile, si tratta di spiegarne e stabilirne la patogenesi.

Kraus è d'opinione che la febbre premestruale che si manifesta nella tubercolosi conclamata, sia da mettersi in rapporto con un peggioramento della lesione specifica della quale sarebbero spia l'aumento della tosse, dell'espettorato e dei fenomeni acustici.

Sabourin ritiene che la crisi febbrile debba imputarsi alla congestione dei focolai tubercolari indotta dal processo mestruale.

Jessen ritiene la febbre premestruale come l'esponente di una manifestazione nervosa dovuta ad una intossicazione transitoria del sistema nervoso da virus tubercolare.

Van Voornveld propende a credere che non tanto alla lesione polmonare sia da imputarsi il rialzo termico, quanto ad un fenomeno più o meno normale che induce periodicamente un'iperestesia del centro termico.

Riebold, riferendosi al fatto che nel periodo che precede il flusso mestruale il ricambio organico è attivato, e ritenendo che questo riattivarsi delle energie vitali possa favorire l'assorbimento di sostanze tossiche da focolai infettivi o in corso o assopiti, è propenso a credere che la febbre mestruale sia un equivalente della febbre da assorbimento o di intossicazione transitoria e fugace, come la causa che ha determinata la comparsa in circolo dei materiali pirogeni di provenienza dal folocaio morboso.

Galli, pur ammettendo che le interpretazioni dei precedenti autori nei riguardi della febbre mestruale nella tubercolosi, possano, fino ad un certo punto, corrispondere al vero, è del parere che non si possa prescindere da un altro fattore, che egli ritiene della massima importanza, quello cioè, della secrezione interna dell'ovaio sui focolai tubercolari siano essi attivi o latenti. L'azione del secreto interno ovarico dovrebbe avere su questi focolai la sua influenza dato che, dice l'A., la secrezione ovarica agisce su tutto l'organismo accelerando gli scambi nutritizi e favorendo le ossidazioni.

Durand dice che l'aumento della temperatura nel periodo mestruale è da mettersi in rapporto coi fenomeni congestizi che è dato di rilevare in corrispondenza dei focolai tubercolari; fenomeni questi ai quali conseguirebbe un maggiore e più facile assorbimento di tossine. Aggiunge l'A. che l'entità della febbre mestruale che si riscontra nelle tubercolotiche è, di regola, proporzionale a questi stessi fatti congestizi.

Caussimon dopo aver fatto rilevare che nella donna sana si ha nel periodo mestruale ipertermia leggera, fenomeno che è un po' più accentuato nella tubercolosi a carattere benigno e notevolmente manifesto nelle forme gravi, dice che questa anormale reazione febbrile può essere legata « a secrezione esagerata e persistente del corpo luteo o ad una eliminazione incompleta dei prodotti glandolari con stimolo anormale della tiroide ». Aggiunge anche che si può pensare « all'esistenza di una bacillemia d'intensità variabile ».

Da questo breve riassunto dei principali pareri emessi dagli autori sulla patogenesi della febbre mestruale, risulta evidente l'incertezza che regna sempre circa la vera interpretazione da darsi a questa febbre: ragione per cui ho creduto non privo d'interesse il ritornare sull'argomento sperando di poter portare qualche contributo per una più esatta interpretazione di questo fenomeno che effettivamente può tornare di una certa utilità per la diagnosi precoce della tubercolosi polmonare. Di questa utilità mi sono potuto persuadere attraverso ricerche mie personali, per quanto non molto numerose, condotte su 35 donne affette da forme varie di tubercolosi polmonare: da quelle cioè iniziali e ben circoscritte, a quelle con lesioni ad andamento evolutivo. Non tanto però nelle mie ricerche mi sono preoccupato del risultato positivo in sè e per sè che trovai tale nella proporzione del 45,7 %, quanto dei caratteri del rialzo termico che si verifica nel periodo catameniale; caratteri riflettenti, nei singoli casi, l'epoca del suo manifestarsi, la sua intensità e durata i quali, uniti all'esame semeiotico dell'apparecchio respiratorio, avessero, eventualmente, potuto fornirmi qualche dato utile per una più esatta interpretazione del fenomeno.

Presa e controllata la temperatura in queste ammalate per parecchi mesi successivi, ho potuto stabilire che, tanto nelle ammalate normalmente apirettiche, quanto in quelle febbricitanti, la comparsa, e rispettivamente l'esacerbazione della febbre nel periodo catameniale, precede si può dire quasi sempre il flusso sanguigno. Coll'apparire poi del flusso la temperatura discende il più spesso bruscamente nelle ammalate che di

norma sono apirettiche, mentre l'esacerbazione che la temperatura ha subito in quest'epoca in donne già precedentemente febbricitanti, si protrae, con una certa frequenza, per qualche giorno non solo dopo la comparsa del flusso sanguigno, ma talora anche dopo l'intero periodo catameniale. L'elevazione termica ha oscillato in generale dai 4 agli 8 decimi di grado: soltanto in due casi con evidenti lesioni apicali, nei quali anche di norma la temperatura nelle ore della sera oscillava fra i 37.5 C. ed i 38 C., si ebbero, in coincidenza del periodo mestruale, esacerbazioni febbrili che raggiunsero i 39 C.

Ho infine riscontrato che in coincidenza del periodo mestruale si rendono più manifesti i fenomeni acustici specie nelle forme già manifeste di tubercolosi; ma è questo un reperto, quando si voglia interpretarlo come l'esponente di fatti congestizi polmonari, assai incostante e che, per quanto ho potuto rilevare, non ha, colla comparsa, l'intensità e la durata della febbre, rapporto alcuno.

Questi sono i principali rilievi che ho potuto fare dello studio di queste ammalate; rilievi che credo possano tornare certamente utili per l'interpretazione patogenetica di questo fenomeno febbrile che la maggior parte degli autori interpretano, più o meno recisamente e nettamente, come l'esponente di un peggioramento della lesione specifica polmonare e conseguentemente come l'equivalente di una febbre da assorbimento di sostanze tossiche del rispettivo focolaio.

A mio modo di vedere per spiegare la causa della febbre premestruale nelle tubercolotiche, prima di rivolgere la nostra attenzione, il che del resto viene facile e spontaneo, alla infezione tubercolare, dobbiamo domandarci quale può essere la causa che determina lo stesso fenomeno in donne completamente sane o convalescenti delle più svariate malattie acute; cosa credo che si può fare soltanto quando noi, oltre al rialzo della temperatura, avremo considerato tutti gli altri fenomeni che sogliono accompagnare il periodo mensile della donna sia nella loro genesi che nel loro significato. Allora soltanto, credo, potremo più logicamente fondare un'ipotesi anche circa l'interpretazione patogenetica della manifestazione febbrile che precede la comparsa del flusso mestruale nelle tubercolotiche.

È di comune conoscenza che nello studio fisiologico del periodo mestruale si distinguono due fasi: l'una premestruale, mestruale l'altra, o fase del flusso sanguigno. È la prima di queste due fasi che a noi interessa direttamente inquantochè ad essa sono legate, compreso il rialzo febbrile, tutte quelle palesi manifestazioni ed alterazioni funzionali dell'organismo muliebre, alterazioni le quali hanno poi un comportamento, si può dire, pressochè antagonistico nella seconda fase, coll'iniziarsi, cioè, del flusso mestruale.

In base alle conoscenze fino ad oggi acquisite, fra le modificazioni dei vari organi e tessuti le quali sogliono manifestarsi prima della comparsa del flusso mestruale, le più importanti sono certamente quelle riscontrate a carico del sangue: esiste cioè, accanto ad una rapida e notevole riduzione dell'emoglobina con riduzione notevole anche del valor globulare, un'iperleucocitosi con contemporaneo aumento dei neutrofili e dei linfociti, preceduta, talvolta, da una leucopenia transitoria; si ha anche aumento delle forme di passaggio con costante diminuzione degli eosinofili i quali possono, o no, aumentare negli ultimi giorni dei catameni.

Uno studio sistematico e veramente interessante sulle modificazioni ed alterazioni della crasi sanguigna nel periodo catameniale della donna è quello compiuto dal Ricca Barberis e riportato nella sua bella monografia « Studi Ematologici ».

Rimando, quindi, per maggiori e più nette conoscenze in proposito, al lavoro di quest'autore il quale, tenuto conto delle varie modificazioni catameniali del sangue succedentesi nei vari stadi del periodo mensile della donna da lui e da altri autori rilevate, in special modo quelle inerenti alla serie bianca, viene alla conclusione, pur mantenendo qualche riserbo inerente alla complessità ed oscurità dei fenomeni catameniali, che « il ciclo delle alterazioni catameniali del sangue è, nella sua essenzialità, un ciclo tossico quale si può osservare, ed osserviamo, comunemente, negli avvelenamenti propriamente detti e nelle tossi-infezioni. Esso corrisponde ad una intossicazione che si stabilisce fra il 7° e l'8° giorno precedenti il flusso sanguigno e si svolga lungo l'epoca catameniale non risolvendosi che ad emorragia avviata ed, il più delle volte, verso il termine o dopo di questa ».

Queste interessanti conclusioni basterebbero di per se stesse per attirare la nostra attenzione su quello che può essere il fattore pirogeno nel periodo del premestruo ma non dobbiamo, come ho detto più sù, accontentarci dello studio di uno solo, sebbene forse sia il più importante, dei fenomeni catameniali: altri ancora ne esistono, altre modificazioni ed alterazioni sono state riscontrate nei varii organi e tessuti dell'organismo della donna mestruante, delle quali noi dovremo ragionevolmente tener conto quando cercheremo di spiegarci la genesi ed il significato del rialzo della temperatura nel premestruo della donna in generale, e della donna tubercolotica in particolare.

A parte le modificazioni che si riscontrano nel

premestruo a carico dell'apparecchio respiratorio consistenti in un acceleramento del respiro, fatti di congestione in tutte le varie regioni dell'albero respiratorio con comparsa di laringiti, catarri bronchiali ed asma, tutti fenomeni questi i quali sebbene siano stati messi in rapporto al fattore tossico, sia pure associato a quello nervoso, non hanno un decisivo valore di probabilità per l'esistenza di una intossicazione, a parte anche le modificazioni riscontrate in questo periodo che stiamo ora considerando, a carico dell'apparecchio circolatorio caratterizzato specialmente da senso di cardiopalmo, da tachicardia, seguita poi da bradicardia, da aumento ed in seguito diminuzione della pressione arteriosa, da congestioni ecc., tutti fenomeni anche questi che soltanto in via di ipotesi si possono ritenere dipendenti da un momento tossico, dati veramente interessanti i quali ci possono dimostrare che nell'organismo della donna si sta svolgendo, nel periodo mensile di questa, uno stato presumibilmente tossico, ci vengono forniti da fenomeni che siamo soliti riscontrare a carico del sistema nervoso centrale e periferico, da manifestazioni a carico della cute, e da fenomeni che può produrre la secrezione lattea nell'organismo dei bambini allattati durante lo svolgersi dei catameni della nutrice.

A carico del sistema nervoso sono assolutamente frequenti a riscontrarsi cefalee, emicranie, nevralgie, vertigini ecc., tutte manifestazioni queste che, come è di comune conoscenza, nella maggioranza dei casi sono la prima espressione di fatti tossici ai quali noi frequentemente le troviamo associate.

Rebold e Charrin, rispettivamente per le nevralgie e le cefalee mestruali, sono del parere che altro non sieno se non l'esponente di uno stato di eccitamento da mettersi in rapporto coll'assorbimento di sostanze tossiche. Non infrequentemente è dato di riscontrare, durante lo svolgersi dei catameni, l'insorgenza o l'esagerazione di vere psicosi o psico nevrosi; psicosi che parecchi autori non esitano a farle rientrare nel quadro delle psicosi tossiche.

Subra de Salafa le ritiene, assieme alle psicosi che talora è dato di riscontrare all'epoca della pubertà e della menopausa, di natura tossica facendole rientrare nell'ambito della confusione mentale la quale, sia nella sua forma semplice o talvolta in quella grave di stupidità e delirio acuto, è ritenuta dal Regis come l'esponente di un intorpidimento tossico dell'attività psichica volontaria. Anche Viallon, classificandoli fra i fenomeni d'ordine autotossico, fa rientrare queste psicosi catameniali nel quadro della confusione mentale la quale, secondo d'Abundo, non rappresenta altro se non il quadro clinico più comune delle psicosi tossico-infettive.

Non minore contributo alla dimostrazione che nel ciclo catameniale si determini uno stato tossico dell'organismo della donna, lo apportano le manifestazioni cutanee che in questo periodo siamo soliti riscontrare. Di esse le più frequenti sono l'erpete, gli eritemi in genere specie l'eritema polimorfo, gli eczemi, l'orticaria, l'acne, il prurito ecc. Sono alterazioni cutanee queste nel determinismo delle quali il fattore tossico, credo, debba essere tenuto nel debito conto giacchè esse sono le stesse alterazioni cutanee che si sogliono verificare per intossicazioni bene individualizzabili come quelle alimentari e medicamentose: sono, in una parola, quelle manifestazioni cutanee che non costituiscono un processo morboso isolato cutaneo, ma che sono invece la manifestazione di un processo generale che coinvolge tutto l'organismo; la risultante cioè e la conseguenza diretta di uno stato tossico dei mezzi umorali che i moderni dermatologi tendono ad inquadrare nel capitolo dell'anafilassi.

A dimostrare che esiste nei catameni una intossicazione dell'organismo della donna, concorre infine, ed in maniera evidente, l'azione che in certi casi esplica il latte della donna mestruante sull'organismo del lattante. Tolgo dal Ricca Barberis le osservazioni in proposito:

Wilchinson afferma di aver potuto rilevare, frequentemente, un'azione lassativa del latte di nutrici mestruanti; dice anzi che questo rilievo l'ha potuto fare quando s'avvide che i suoi propri bambini, ad ogni epoca della madre, erano colti da diarrea intensa.

Budin in due bambini, allattati entrambi dalla stessa donna, ha constatato, in coincidenza delle mestruazioni di questa, la comparsa di eritemi ed una diminuzione di peso. La frequenza colla quale nei lattanti si stabiliscono manifestazioni cutanee quali l'erpete, impetigini e crosta lattea in diretto rapporto con le mestruazioni delle nutrici, è ammessa, del resto, da parecchi autori (Ronshoff, Kegel ecc.). Tralle, Wan Swieten, Tarnier, Segond, Marfan e Förster sono tutti del parere che realmente il latte della donna mestruante sia nocivo per il bambino, tanto che, Förster, oltre ai comuni disturbi dispeptici, ha anche constatata, qualche volta, nel bambino, la comparsa di una vera febbre mestruale corrispondente a quella della nutrice, e Segond ha potuto diagnosticare in una balia, che prima negava assolutamente, la presenza delle mestruazioni in base ad una diminuzione di peso del bambino che si verificava periodicamente tutti i mesi.

Dopo questo breve riassunto delle modificazioni

ed alterazioni che l'organismo della donna presenta ad ogni periodo mestruale, possiamo noi concludere che tali modificazioni siano realmente l'esponente di un fatto tossico o non piuttosto la risultante diretta dei mutamenti periodici della secrezione interna genitale e degli altri organi endocrini? In verità per decidere in modo affermativo per questa seconda ipotesi, troppo poche ed incerte sono le nostre conoscenze del come e quanto si modifichi la secrezione interna dell'ovaio e quella delle altre glandole endocrine nel susseguirsi delle fasi mestruali: ed anche ammesso questo squilibrio ormonico intraovarico derivante dall'attività del corpo luteo e della glandola interstiziale quando, nel contempo, deficiente e del tutto mancante è la formazione di ormoni delle cellule follicolari, squilibrio che porterà necessariamente a disfunzioni di altre glandole, ci resta sempre difficile, credo, il dimostrare la netta e vera origine ormonica di tutti i fenomeni che abbiamo visto esser soliti comparire durante il periodo mestruale e più propriamente nel premestruo. Noi potremo ad esempio affermare, ma sempre però in via di probabilità, che i fenomeni congestizi che si verificano nel premestruo a carico dei varii organi interni, delle mucose ecc. sieno da mettersi in rapporto all'azione vasodilatatrice e congestizia del corpo luteo; potremo dire e magari affermare che i fenomeni di tachicardia, cardiopalmo, vampe di calore e modificazioni dello stato pschico sono da imputarsi ad una iperfunzione tiroidea essendo che questa glandola endocrina si vede spesso ingrossarsi nel premestruo. A quest'ultimo proposito però bisogna osservare che è difficile, in secondo tempo, stabilire se la glandola tiroide sia ingrossata per rapporti di sinergia od antagonismo funzionale colla secrezione ovarica, o se invece sia la manifestazione e l'esponente, a sua volta, di un fattore tossico, giacchè noi sappiamo, da osservazioni cliniche e ricerche sperimentali, come frequentemente negli stati tossici ed infettivi si determini un ingrossamento della tiroide per l'esistenza, appunto di una funzione antitossica della tiroide stessa. Tiberti, ad esempio, verificò l'aumento di secrezione della glandola tiroide in casi di intossicazione sia da veleni endogeni che esogeni; una secrezione più attiva della glandola tiroide fu dimostrata anche in seguito all'azione dei prodotti tossici del ricambio e nelle infezioni in genere. Ecco dunque, da questa considerazione, emergere il dubbio se l'ingrossamento della tiroide nel premestruo stia a rappresentare un puro e semplice squilibrio ormonico interglandolare del periodo mestruale, o non piuttosto la manifestazione ed il coefficiente di uno stato tossico dell'organismo. In una parola, se l'iperattività secretoria della tiroide può essere invocata come causa determinante dei fenomeni sudescritti, noi non possiamo contemporaneamente escludere che questa ipertrofia della glandola anzichè l'esponente di uno squilibrio ormonico interglandolare, sia la spia e l'esponente di uno stato tossico determinatosi nell'organismo della donna nel periodo mestruale.

Lo stesso dicasi delle manifestazioni cutanee che così frequentemente sogliono accompagnare i periodi mensili della donna: con quanta sicurezza cioè possiamo noi invocare una teoria endocrina anzichè quella tossica per spiegarne la loro patogenesi? È un fatto che, oltre alle recenti illustrazioni (Stancanelli) di casi di dermatosi in coincidenza con disturbi mestruali sui quali preparati opoterapici (estratto ovarico) hanno dimostrato un'azione curativa pronta e del tutto evidente, sono ormai così largamente registrate e documentate nella letteratora le dermatosi in rapporto a disfunzioni endocrine e specialmente ai vari periodi dell'attività sessuale (pubertà, mestruazione normale, o patologica, gravidanza e menopausa) che non si può disconoscere che esista un nesso etiologico fra le varie dermatosi stesse e le funzioni endocrine in generale e quelle della vita riproduttiva in particolare. La difficoltà sta però nello stabilire in che consista questo nesso etiologico: non si può, credo, per quello che noi sappiamo sulla complessità dei fenomeni di squilibrio ormonico, far rientrare queste varie dermatosi nel capitolo dell'endocrinologia invocando direttamente una disfunzione ovarica senza dover prendere in considerazione anche tutti gli altri eventuali fenomeni che a questa disfunzione possono conseguire. Ignoriamo, infatti, come e quanto questa disfunzione ormonica possa influire sia sul sistema nervoso pei rapporti assai complessi che intercedono fra questo ed il sistema endocrino, sia sul ricambio materiale: sono queste influenze, appunto, specie sul ricambio materiale, che potrebbero di per se stesse avere una grande, se non la massima, importanza nel determinismo delle alterazioni a carico dei vari organi e tessuti che siamo soliti riscontrare nel premestruo comprese, in modo speciale, le varie forme di dermatosi. In base a questi rilievi ed in base alle considerazioni fatte in precedenza, io credo che resti assai difficile il poter invocare direttamente una teoria endocrina per spiegarci tutti i fenomeni e le alterazioni morbose che sogliono manifestarsi nel periodo premestruale della donna; che un rapporto esista, specie per alcune di queste manifestazioni, non lo si può negare ma con ogni probabilità questo rapporto è più indiretto che diretto e questo vale in modo speciale per le der-

matosi nelle quali, se la disfunzione endocrina può comunque alterare l'ambiente cutaneo (Schumacher), altri fattori devono, molto verosimilmente, intervenire affinchè si determini il vero quadro morboso di una dermatosi circoscritta. L'ipotesi poi che questo fattore più diretto possa essere la conseguenza di uno stato autotossico alla sua volta determinato magari da alterato ricambio io credo abbia, come abbiamo visto precedentemente, trattando dei varii fenomeni che sogliono accompagnare il periodo mestruale, molti argomenti a suo favore.

Portati così ad ammettere, durante il premestruo, uno stato comunque tossico nell'organismo della donna, io credo che esso si debba tenere in serio conto quando si tratta di indagare quale sia la causa determinante del rialzo febbrile premestruale che si riscontra nella donna in generale e nella donna tubercolotica in particolare. Anche in donne sane, come si disse, si possono avere dei leggeri rialzi della temperatura nel periodo premestruale; rialzi termici per la interpretazione dei quali, credo non possiamo invocare altra causa all'infuori del fattore mestruo, di questa funzione periodica mensile che vale a compromettere più o meno gravemente sia la forza fisica che intellettuale anche delle donne sane e regolarmente mestruate nell'organismo delle quali, per quanto non si abbiano disturbi appariscenti, determina un complesso di fenomeni che vengono a costituire un quadro che può essere paragonato a quello morboso. Sia dunque che si voglia invocare come causa diretta del rialzo della temperatura lo squilibrio ormonico che in questo periodo si determina, sia che la causa si voglia, e credo più ragionevolmente, far risalire ad uno stato tossico da alterato ricambio che a quel disquilibrio consegue, per spiegarci la febbre noi dobbiamo sempre riferirci alla mestruazione, a questa funzione che si vuole « essenzialmente utile per la specie e nociva per l'individuo ».

Se questa e questa soltanto può essere la giusta interpretazione patogenetica del rialzo della temperatura che si ha nella donna sana durante il premestruo, non credo che da questo concetto ci dobbiamo gran che allontanare quando si voglia interpretare il rialzo della temperatura che nella stessa epoca mestruale si suole riscontrare, più manifesto, rispettivamente nelle donne convalescenti di malattie infettive acute ed in quelle tubercolotiche.

Pel fatto che nelle donne convalescenti il fenomeno febbrile è dato di riscontrarlo con maggior frequenza che nelle sane saremmo portati a pensare all'intervento di qualche altro fattore pirogeno, diverso da quello mestruale; ma questo non lo possiamo fare se non campando delle ipotesi assai poco verosimili ed azzardate, come sarebbe quella di pensare ad un nuovo e passeggero riaccendersi del processo infettivo pregresso. Con più ragionevolezza noi dobbiamo concludere che lo stesso fattore pirogeno che determina il leggero rialzo della temperatura nella donna sana è quello che interviene, ed il rialzo termico che nella donna convalescente raggiunge qualche decimo di grado in più che nella donna sana, altro non sta a rappresentare se non una minorata resistenza organica ed una labilità del sistema termoregolatore, quali conseguenze del processo infettivo superato. Dopo queste considerazioni non possiamo escludere, a parer mio, che questo stesso fattore pirogeno mestruale intervenga anche nelle tubercolotiche a produrre la così detta febbre mestruale. È bensì vero che il rialzo termico si suole, in questi casi, riscontrare talora di una certa entità e, quel che è più importante, con molta maggior frequenza che nelle donne sane e convalescenti, ma tutto questo può benissimo trovare la sua logica interpretazione nella spiccata labilità dell'equilibrio termico che presentano queste ammalate anche ai primordi dell'infezione tubercolare, labilità dell'equilibrio termico rivelataci da tutte le altre manifestazioni febbrili così dette occasionali, come sarebbe la febbre da strapazzo la quale può essere causata da fatiche anche lievissime, la febbre emotiva e le febbri provocate con interventi terapeutici compresa, in queste, quella che sappiamo manifestarsi, tante volte, in seguito ad una iniezione sotto cutanea di pochi cc. di soluzione fisiologica. Il fattore mestruale, lo stato probabilmente tossico che in questo periodo si determina, deve quindi, a parer mio, intervenire in prima linea a provocare il rialzo della temperatura anche nelle donne tubercolotiche. Se questa è la causa, e non può essere nessun'altra, che talora interviene a produrre un leggero rialzo della temperatura anche nelle donne sane e più spesso in quelle convalescenti di malattie infettive acute, è giuocoforza, ripeto, che questa stessa causa esplichi gli stessi effetti nelle tubercolotiche, effetti che saranno e dovranno certamente essere proporzionali all'equilibrio della temperatura, ed ai poteri regolatori che in queste ammalate sono rispettivamente già scossi e già ostacolati. Che si debba interpretare la febbre mestruale nelle tubercolotiche come l'esponente di un assorbimento di prodotti cilotici, di veleni di associazione microbiche e tubercolari in conseguenza dei fatti congestizi che la mestruazione induce in vicinanza del focolaio infettivo, mi sembra meno probabile: prima di tutto perchè non è sempre vero, ed io ho potuto clinicamente constatarlo,

che il rialzo termico sia accompagnato da questi fatti congestizi i quali dovrebbero tradursi in un aumento dei fenomeni acustici, secondo perchè altrettanto spesso è dato di mettere in evidenza fenomeni congestizi di una certa intensità ai quali, o, non corrisponde nessun rialzo termico, oppure questo non è certamente proporzionale all'intensità ed alla durata degli stessi fenomeni congestizi.

Altro argomento che in questi casi di tubercolosi ci fa ritenere questo tipo di febbre come una delle tante manifestazioni premestruali è il suo comportamento: manifestatasi cioè uno o due giorni prima del flusso sanguigno, scompare col comparire di questo; a parte ora il fatto, cosa che a me fù dato di rilevare, che possono persistere i fenomeni di congestione polmonare anche quando la febbre è già scomparsa da qualche giorno, questo modo di comportarsi della temperatura, ed in generale i tipi di elevazione termica si riproducono fedelmente per la stessa ammalata in ogni mestruazione, ci dimostra all'evidenza che è in coincidenza del flusso sanguigno che cessa la causa vera che l'ha determinata la quale non può essere che il fattore tossico mestruale, altrimenti mal si comprenderebbe come proprio e soltanto in coincidenza del flusso sanguigno, dovesse cessare l'assorbimento di tossine tubercolari, dal momento che, ripeto, molto spesso i fenomeni congestizi possono persistere anche alla distanza di giorni dacchè è cessato il flusso sanguigno.

Ritenuta questa interpretazione della febbre mestruale come la più consona al vero noi dobbiamo spiegarci quei casi, generalmente con lesioni polmonari già manifeste, nei quali, sia che fosse o no mancata in precedenza completamente e durevolmente la febbre, la comparsa o l'esacerbazione febbrile che rispettivamente si manifestano coll'avvicinarsi del flusso mestruale si protraggono per un certo numero di giorni dopo il periodo catameniale. Per quanto a rigor di logica quest'ultimo tipo di febbre, che si riscontra generalmente in donne che presentano già manifeste lesioni polmonari, si debba tener distinto da quello che siamo soliti riscontrare in donne con lesioni latenti o sclerosanti ben circoscritte, io sono d'avviso che per l'interpretazione sua patogenetica ci dobbiamo egualmente rivolgerci al fattore tossico mestruale.

Nelle forme latenti lo stato tossico del ciclo catameniale producendo un rialzo della temperatura superiore a quello che spesso produce anche nella donna sana, ma che, come in questa, scompare collo scomparire del flusso sanguigno, ci rivela la labilità dell'equilibrio termico di questo genere di ammalate; nelle forme di infezione già progredita invece, ove esiste già un'intossicazione tubercolare dell'organismo, l'intossicazione catameniale venendo a sommarsi allo stato tossico tubercolare preesistente e diminuendo la resistenza organica della donna, fa sì che quelle tossine, provenienti dal focolaio tubercolare, e che in antecedenza potevano essere in parte o completamente neutralizzate, intervengano acchè la manifestazione o l'esacerbazione febbrile (a seconda che prima la temperatura era o no completamente apirettica) si protragga sino a che si saranno ristabiliti i poteri primitivi di difesa che valevano a neutralizzarla e che sono stati scossi dal fattore catameniale. Anche in questi casi dunque, nello stesso tempo che non posso escludere che talvolta anche il fattore congestione possa avere la sua influenza, io ritengo che nel determinismo della febbre si debba tenere nella massima considerazione il fattore mestruale, il quale, diminuendo i poteri di difesa dell'organismo della donna, può essere anche la causa di un peggioramento della lesione polmonare. È notorio infatti, e nella pratica è dato di rilevarlo con una certa frequenza, come nelle donne, durante il periodo catameniale, venga meno la resistenza alle intossicazioni ed infezioni in genere alla stessa guisa di quanto vediamo, solitamente avvenire, in tutti gli altri casi di un'intossicazione sia esogena che endogena dell'organismo.

Da quanto sono venuto esponendo parmi di poter concludere:

1) Che quando in una donna normalmente apirettica si manifesti, nel suo periodo premestruale, un rialzo della temperatura di una certa entità ci dobbiamo prospettare l'eventuale esistenza di una infezione tubercolare.

2) Che questo rialzo termico quando, come avviene generalmente nei casi iniziali di tubercolosi, compare uno o due giorni prima della comparsa del flusso e scompare col comparire di questo, si deve interpretare come l'esponente di uno stato tossico che in questo periodo dei catameni si determina nell'organismo della donna: stato tossico che si manifesta con un rialzo termico superiore a quello col quale talora si manifesta nella donna sana o convalescente di malattie infettive acute, per l'esistenza, in queste donne tubercolotiche, di una perturbazione di azioni vasomotorie, secretrici e chimiche le quali portano alla caratteristica e sintomatica instabilità ed insufficienza della regolazione termica dei tubercolotici.

3) Che quando questo rialzo termico, manifestatosi nel premestruo, si protrae per più giorni anche dopo il flusso sanguigno ed al di là del

periodo catameniale, è generalmente la spia di un processo specifico già in evoluzione ed è, anche in questo caso, da mettersi, il più delle volte, in rapporto al fattore tossico mestruale il quale interviene diminuendo i poteri di difesa che valevano a neutralizzare in parte o completamente lo stato tossico già preesistente e dovuto all'infezione specifica.

4) Che i due tipi di febbre mestruale, l'una di breve durata ed in rapporto col flusso mestruale, l'altra che si protrae anche per parecchi giorni dopo il periodo catameniale, nello stesso tempo che sono dipendenti dallo stesso fattore mestruale, stanno a rivelarci, rispettivamente, uno stato diverso dell'organismo della donna; e cioè: nel primo caso la febbre è l'espressione, generalmente, di una forma tubercolare latente e sta ad indicare una semplice labilità termica della donna, nel secondo caso è, generalmente, l'espressione di un focolaio già in evoluzione con conseguente stato tossico dell'organismo messo più chiaramente in evidenza dal fattore mestruale per una diminuzione dei poteri di difesa che questo induce nell'organismo della donna.

BIBLIOGRAFIA.

CAUSSIMON. Th. de Bordeaux; rip. Policlinico, Sez. pratica, 1926.
CHARRIN. Presse médicale, 1897.
D'ABUNDO. Presse méd., 1900.
DURAND. Pensiero medico, 1924.
FERREUX. Thèse de Paris, 1902.
GAILLARD. Thèse de Paris, 1899.
GALLI. Gazzetta ospedali e cliniche, 1907.
GARZELLA. *L'endocrinologia nei rapporti eziologici con le dermatosi.* Arti grafiche F. Martinotti, 1924, Pisa.
GUILLAUME. Bulletin médical, 1926; rip. Policlinico, Sez. pratica, 1926.
HANSEN. Beitr. z. Klin. d. Tub., Bd. 27, H. 3, 1913.
KESSEL. *I metodi di diagnosi precoce della tubercolosi,* Roma, Tipografia dell'Unione Ed., 1917.
NONCHER. Thèse de Paris, 1906.
PENDE. *Endocrinologia,* Casa ed. F. Vallardi.
REGIS. Presse Méd., 1898.
RIEBOLD. Deutsche med. Woch., 1906.
RICCA-BARBERIS. *Studi Ematologici.* Unione Tip.-Ed. Torinese, 1912.
SABOURIN. Revue de méd., n. 3, 1913; Journal de praticiens 1906.
SCHICH. *Das menstrualgift.* Wien. Klin. Woch., 1920.
SCHUBERT e STEUDING. Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynaecologie, 1926.
SCHUMACHER. Deutsche med. Wochenschr.., 1922.
STANCANELLI. La Medicina pratica, 1926.
SUBRA de SALAFA. Thèse de Bordeaux, 1906.
TIBERTI. Lo Sperimentale, 1905.
VIALLON. Riforma medica, 1902.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA-SAMPIERDARENA.
REPARTO NEUROLOGICO. - Primario: prof. S. RICCA.

Sopra un caso di lue nervosa tardiva in soggetto con « liquor » normale nel periodo secondario

per il dott. EMANUELE BANCHIERI, aiuto.

Ho ritenuto opportuno comunicare ed illustrare brevemente la seguente osservazione clinica per alcuni dati, di fatto da essa rilevabili e che possono interessare nei riguardi della patogenesi della lue nervosa.

Si tratta di certa G. B., di anni 20, infermiera, senza precedenti anamnestici importanti. Il 20 giugno 1920 si è presentata al nostro ambulatorio accusando cefalea fortissima da una quindicina di giorni; la cefalea era localizzata in modo prevalente al vertice e alla metà destra del capo; continua tutto il giorno; esacerbantesi nella notte; sonno gravemente turbato; condizioni generali scadenti; senso di malessere accentuato.

All'esame non si era rilevato alcun segno patologico a carico del sistema nervoso, ed in particolar modo nè rigidità della nuca nè kernig. La palpazione della cute del capo mise in evidenza la presenza di piccole tumefazioni diffuse squisitamente dolenti; si notò pure la presenza di una roseola e di una pleiade ghiandolare diffusa. Un esame degli organi genitali praticato dallo specialista venereologo dell'ospedale dimostrò un sifiloma primario in via di involuzione sull'ostio vaginale.

La reazione di Wassermann sul siero diede esito positivo. Un esame del L. C. R. in allora praticato non dimostrò alterazioni. (Pressione 120 millimetri di acqua limpida; albumina totale: 0.15 gr. per mille, reazione di Pandy 0; 1/2-1 linfocita per millimetro cubico; Wassermann negativa; curva della gomma mastice secondo il metodo di Kafka (1918) normale (A e B).

Dati i risultati dell'esame obbiettivo si fece diagnosi di infezione leutica nel periodo secondario e di cefalea da periostite cranica. Venne consigliato un trattamento specifico; l'ammalata fece prima delle iniezioni di bioduro di Hg., poi di calomelano; successivamente vennero anche praticate delle iniezioni endovenose di arsenobenzolo. La cefalea migliorò prima e poi scomparve rapidamente colla cura, migliorarono pure rapidamente le condizioni generali.

L'ammalata dovette poi allontanarsi dalla città e non si potè quindi seguirla ulteriormente.

Alla fine del 1925, cioè 6 anni dopo l'infezione, si è di nuovo presentata alla visita perchè da un mese andava soggetta a senso di nausea, spesso a vomito e a dolori agli arti inferiori non ben definiti e a carattere accessuale e di breve durata.

L'esame obbiettivo dimostrò (riferisco solo i dati positivi e che interessano): rigidità pupillare alla luce a destra con reazione all'accomodazione conservata; a sinistra reazione alla luce torpida, buona all'accomodazione; ampiezza delle pupille media con asinocoria (pupilla di destra alquanto

più ampia che a sinistra); riflessi rotulei torpidi; leggero grado di Romberg.

L'esame del L. C. R. diede il seguente reperto: Pressione 130; limpido; albumina totale gr. 0.80 per mille; reazione di Pandy + +; 25 linfociti per millimetro cubico; reazione di Wassermann: positiva a 6 decimi; reazione di Lange: curva positiva per la lue (3443.322.110.0). L'ammalata è tuttora in cura; migliorarono alquanto i disturbi subbiettivi, il quadro obbiettivo persiste invariato.

La patogenesi della lue nervosa rappresenta una delle questioni più dibattute che si agitino attualmente nel campo neurologico; se infatti alcuni punti analitici dell'argomento hanno potuto essere messi in chiaro per le recenti indagini di vari autori, manca in definitiva sinora la possibilità di fare una esauriente sintesi al riguardo. Uno dei punti più controversi si riferisce alla interpretazione patogenetica delle cosidette forme metaluetiche.

La dimostrazione diretta dello spirocheta nel cervello e nel midollo spinale dei periencefalitici e dei tabetici dovuta per primo al Noghuki, e divenuta poi per merito anche di altri autori un metodo di tecnica corrente, ha contribuito in modo indubbio a chiarire la natura specifica di queste forme morbose, già da molto tempo sospettata in base a dati di altra natura, facendole rientrare nel campo della spirochetosi nervosa.

Un ulteriore ed ampio contributo al riguardo è stato apportato dalle indagini fatte sul L. C. R. di tali ammalati nei diversi stadi della infezione. Le prime ricerche sono state eseguite su infermi di lue nervosa in atto (periencefalite, tabe, sifilide cerebrospinale, ecc.); queste dimostrarono, con una costanza veramente grande, che in tali ammalati il L. C. R. si dimostra alterato e che le alterazioni assumono nella maggior parte dei casi una fisonomia speciale, tanto da potersi parlare di una diagnosi umorale della lue nervosa; sono specialmente determinati tipi di reazione, che in questi casi sono positivi, quelli che permettono di fare una diagnosi umorale a significato molto preciso, quasi si potrebbe dire specifico: da ricordare a questo proposito le reazioni biologiche, e le precipitazioni colloidali.

In un secondo tempo coll'estendersi delle ricerche su tale argomento, ricerche di cui si sentiva e si sente tuttora la necessità per la risoluzione di alcuni punti poco chiariti, si sono potuti accertare alcuni dati importanti, e dei quali interessa ora ricordarne specialmente due:

1) Nel periodo secondario dell'infezione luetica si è osservato che il L. C. R. con una frequenza impressionante (secondo alcune statistiche si tratterebbe dell'80 per cento dei casi esaminati) si mostra alterato; le alterazioni assumono qualche volta una intensità non lieve; tuttociò anche senza alcun sintomo clinico a carico del sistema nervoso, tanto che si può parlare di una forma di meningite secondaria luetica latente.

2) In soggetti, già contagiati di sifilide da parecchi anni e senza manifestazioni a carico del sistema nervoso si trova con una discreta percentuale il L. C. R. alterato, (secondo i dati di qualche autore sino al 20 per cento circa).

Queste constatazioni relative alle condizioni del L. C. R. nei vari periodi della infezione luetica in individui indenni da manifestazioni a carico del sistema nervoso, o con manifestazioni a carico del sistema nervoso, hanno lasciato sperare in principio che si fosse finalmente trovata la via per la spiegazione del nesso tra la infezione luetica e localizzazione nervosa tardiva. Il sistema nervoso verrebbe cioè colpito nel periodo setticemico della infezione, e di ciò si avrebbe la dimostrazione nella meningite secondaria latente, successivamente si avrebbe la possibilità dello sviluppo delle varie forme a carico del sistema nervoso (periencefalite, tabe, ecc.) da focolai meningei residuali. Gli individui senza manifestazioni nervose in atto e con liquido cefalo rachidiano patologico rappresenterebbero dei soggetti nei quali la malattia si trova ad uno stato potenziale e la cui evoluzione successiva sarebbe condizionata a cause varie e non sempre esattamente accertabili per ogni caso. In questi l'alterazione del L. C. R. sarebbe l'unico segno di una localizzazione nervosa, tanto che si parla di sifilide del liquor.

L'intervento poi e le modalità della terapia antiluetica avrebbero, secondo l'opinione di alcuni AA. l'influenza sulla evoluzione successiva delle alterazioni del L. C. R. riscontrato nel periodo secondario, da altri invece si sostiene che tale alterazione non rappresenta una causa predisponente allo sviluppo successivo della localizzazione nervosa nel senso clinico della parola, e che anzi spontaneamente regrediscono in un buon numero di casi.

Questo modo di inquadrare la patogenesi della lue nervosa ha subito urtato contro una quantità di obbiezioni, tra queste sono specialmente da ricordare: 1) la spiccata sproporzione tra l'elevata percentuale delle alterazioni del L. C. R. nel periodo secondario della lue e la relativa esigua percentuale dei casi che si ammalano poi di lue nervosa tardiva; 2) la comparsa di lue nervosa tardiva nei soggetti che avevano presentato L.C.R. normale in precedenza.

Nel caso sopra esposto si tratta di una donna contagiata di lue nella quale un esame del L.C.R. praticato durante il periodo secondario della infezione non ha dimostrato alterazioni; nella stessa sei anni dopo sono comparsi i primi segni clinici di una forma nervosa luetica tardiva. Un secon-

do esame del L. C. R. praticato in questa epoca ha rilevato alterazioni specifiche per la lue. Si tratta quindi di una forma di lue nervosa (forse tabe iniziale) con L. C. R. positivo, insorta a sei anni di distanza dalla infezione, senza che nel periodo secondario sia stata riscontrata l'invasione meningea sotto forma di meningite secondaria latente.

Questa osservazione sta a dimostrare, analogamente a quanto da altri è sostenuto e documentato, come la reazione meningea del pericolo secondario non rappresenta la condizione essenziale e necessaria per lo sviluppo di una forma di spirochetosi centrale, rimanendo con ciò impregiudicato il significato preciso da attribuire alla reazione meningea del periodo secondario, ed alle alterazioni del L. C. R. nel periodo tardivo della infezione in soggetti immuni da manifestazioni oggettive e subbiettive a carico del sistema nervoso ed ai rapporti che possono sussistere tra queste due constatazioni e le varie forme di spirochetosi centrale.

Tutti questi dati di fatto ed ipotesi tra loro in parte concordanti ed in parte sconcordanti rendono sempre più oscura la patogenesi della lue nervosa e dimostrano come su questo argomento siano ancora necessari ulteriori studi e ricerche, la cui opportunità appare sempre più urgente e necessaria data la importanza che l'esatta interpretazione di queste forme morbose assume nei riguardi dell'elemento prognostico e terapeutico.

Chiudo ricordando come il Pappenheim richiamando l'attenzione oltrechè su altri fatti, anche sul non indifferente numero di casi di luetici tardivi con L. C. R. negativo che si ammalano in seguito di metalue insistesse appunto sulla affermazione che la patogenesi meningea della metalue si presenta come poco verosimile.

Genova, giugno 1926.

REPARTO NEUR. DEGLI OSPEDALI GALLIERA DI GENOVA
diretto dal prof. S. RICCA.

Liquor positivo in un soggetto affetto da esiti di antica lue vascolare cerebrale.

CONTRIBUTO CASISTICO

per il dott. G. B. PODESTÀ, assistente vol.

Ritengo non privo di interesse pubblicare l'attuale caso di lue vascolare cerebrale clinicamente guarita da anni, con postumi d'afasia e di emiparesi destra ed in cui si ha una rigidità pupillare totale, perchè porta un contributo alle cognizioni relative al problema riguardante il significato da attribuirsi alle alterazioni del liquido cefalo rachidiano nella monosindrome pupillare sifilitica.

Come è noto già da anni era stata richiamata l'attenzione degli studiosi sul valore delle alterazioni del liquido cefalo rachidiano, in soggetti presentanti come fatto isolato delle alterazioni pupillari a carattere sifilitico.

Negli ultimi anni sono notevoli a questo proposito tra gli altri i lavori di Dreyfus, Asmann, Nonne, Pappenheim, ai quali solamente mi limito, non avendo intenzione di fare una disamina completa dell'argomento.

Il Dreyfus tende a dare un'importanza decisiva alle condizioni del liquido cefalo rachidiano per giudicare, se la lesione pupillare constatata quale unico sintoma sia il primo segno di una progrediente malattia sifilitica nervosa, oppure l'unico sintoma di una lue nervosa guarita allo stadio di quiete.

L'autore ha tenuto in osservazione per molti anni 107 ammalati con sole lesioni pupillari e nella sua statistica osservò: che la maggior parte dei pazienti avevano liquido positivo anzichè negativo (circa il doppio); che di tutti i casi a liquido positivo un terzo erano siero negativi, che si aveva una maggior predominanza nel sesso maschile ed in età relativamente giovine (dopo 10 o 15 anni di malattia); con una maggior percentuale in malati poco curati o con lue sconosciuta, e che in fine in circa un terzo di ammalati si avevano lesioni aortiche diagnosticate la maggior parte solamente con i raggi.

L'autore arrivò alla conclusione che clinicamente non c'è differenza tra i casi a liquido positivo ed i casi a liquido negativo, che in tutte e due le eventualità si notano le stesse anomalie pupillari con le stesse e svariate forme circa all'ampiezza, rotondità, reazioni alla luce e convergenze, e che solamente l'esame del liquido cefalo rachidiano ha un significato decisivo circa la prognosi, nel senso che i liquidi positivi erano prognosticamente sfavorevoli per un ulteriore sviluppo circa forme sifilitiche centrali (tabi paralisi), ed i liquidi negativi erano al contrario di prognosi favorevole.

Il Dreyfus cercò pure di trovare un punto di riferimento per conclusioni prognostiche in base alla influenzabilità del liquido per mezzo di una cura intensa e ripetuta di neosalvarsan e mercurio, e trovò che una rapida negativizzazione delle siero reazioni, ed un rapido miglioramento di gravi alterazioni del liquido, anche se non si arrivava alla normalizzazione, dava adito a conclusioni prognostiche favorevoli.

Asmann pubblicò un esteso lavoro su undici casi di alterazioni pupillari isolate. Anche questo autore dà una parte importantissima all'esame del liquido, ma pur dicendo che i liquidi positivi erano da considerarsi dal lato prognostico seriamen-

te, non vorrebbe concludere per tali ammalati con la certezza di evoluzione verso la tabe o la paralisi.

Pure il Nonne si mostra assai più riservato in rapporto al significato prognostico maligno in casi a liquido positivo. L'autore in seguito all'osservazione per molti anni di 22 ammalati, trae la conclusione che l'ulteriore decorso dei pazienti con disturbi pupillari isolati è molto vario, che i casi a liquido normale rappresentano un processo guarito o rudimentale, ma che anche i casi a liquido positivo possono rimanere immutati per tutto il resto della vita, e che perciò si debba stare in guardia dal sopravalutare in senso sfavorevole il valore prognostico di reazioni positive del liquido cefalo rachidiano.

Il Pappenheim insiste sul fatto che non è indifferente il numero di sifilitici asintomatici con liquido normale in cui poi si sviluppa una metalue, per cui trae la conclusione che il problema prognostico della metalue non è ancora risolto, ed in conseguenza non è senz'altro accettabile la patogenesi meningitica della metalue.

Dopo aver ricordato succintamente lo stato attuale delle conoscenze sull'argomento e le idee di alcuni autorevoli autori, riferisco brevemente la storia clinica del paziente.

P. F., di anni 50, ammogliato, meccanico, da Genova, ricoverato nella sezione cronici dell'Ospedale Galliera.

L'anamnesi non è molto precisa e particolareggiata, perchè si è dovuta raccogliere con notizie avute da conoscenti.

Sposato giovanissimo ebbe quattro figli che morirono tutti in tenera età. Aborti? Pare abbia fatto una vita disordinata frequentando spesso donne, tanto che la moglie si separò dal marito per la sua condotta. Pare abbia avuto malattie veneree. All'età di 34 anni circa un mattino la moglie lo trovò a letto in uno stato di obnubilazione mentale con paresi facciale destra.

Questo episodio pare siasi risolto in poco tempo. Fu allora sottoposto per circa un anno a trattamento mercuriale e pare fosse guarito completamente.

All'età di 38 anni improvvisamente fu colto da ictus con perdita di coscienza durata poco tempo. Gli residuò un'afasia totale ed un'emiplegia destra. Successivamente l'emiplegia andò gradatamente migliorando in modo notevole sino allo stato attuale, e l'afasia subì solo un leggero miglioramento.

Dal 1916 è ricoverato nel Reparto Cronici dell'Ospedale.

Da allora il paziente è in buone condizioni generali, non dimostra di soffrire alcun disturbo salvo rare cefalee, e non si ebbe mai ad osservare alcun fatto nuovo di indole neurologica.

Esame obbiettivo. Costituzione scheletrica normale. Cute e mucose visibili piuttosto pallide. Non si notano cicatrici degne di attenzione. Nutrizione generale buona. Qualche ganglio linfatico modicamente ingrossato alle parti laterali del collo ed alle regioni inguinali. Non si notano dal lato clinico alterazioni patologiche a carico del cuore, dei grossi vasi, dei polmoni, e dell'addome.

Sistema nervoso. A carico dei nervi cranici si nota: pupille di ampiezza un po' superiore al normale con leggera anisocoria (la pupilla sinistra più ampia della destra), ambedue completamente rigide allo stimolo luminoso ed all'accomodazione. Nulla si rivela all'esame del fondo oculare.

Nulla a carico dell'udito e degli altri nervi cranici.

Si nota un'emiparesi destra più accentuata per il braccio, con modici fatti spasmodici ed esagerazioni della reflettività profonda e con Babinski.

I riflessi addominali di destra sono diminuiti. I riflessi cremasterici presenti, pressochè eguali.

L'andatura è leggermente spastica a destra. Nell'andatura il braccio assume un atteggiamento flessorio. Mancano le normali sincinesie della marcia al braccio destro.

Per quanto riguarda la sensibilità non pare sussistano disturbi per lo meno importanti (un esame completo non è possibile data l'afasia).

Esame del linguaggio. Non comprende che gli ordini semplici. Ogni volta che gli si ordina di compiere un atto un po' complesso rimane incerto e sbaglia facilmente. Il riconoscimento degli oggetti è buono, così pure la scelta (dietro denominazione). È solamente capace di pronunciare qualche monosillabo, praticamente perciò si può considerare un individuo muto.

Non riesce a leggere, sa scrivere malamente il suo nome.

La ripetizione e la comprensione degli atti mimici è discreta.

Non vi sono disturbi del tipo aprassico. Si presenta come un individuo psichicamente normale. La funzione mnemonica è buona.

Esami collaterali generali.

Pressione arteriosa. Px 140; Pm 80.

Esame del sangue. Globuli rossi 4,500,000; globuli bianchi 9000.

Formula leucocitaria. Polinucleati neutrofili 75%, eosinofili 2 %.

Monociti basofili. Piccoli 9 %, medii 11 %, grandi 6 %.

appare leggermente ingrandita nel suo diametro longitudinale. L'ombra dell'aorta di forma, volume e posizione normale.

Esame dell'urina. Negativo sia dal lato clinico che morfologico. Densità 1015.

Reazione Wassermann e reazione di Hecht eseguite sul siero di sangue. Negative.

Esame liquido cefalo-rachidiano. Pressione 200, aspetto limpido, linfociti 9,8 per mmc., qualche globulo rosso. Pandy + + + alb. 0,70 ‰, Nonne-Apelt + + Orocolloidale 444 32,110,000.

R. W. con liquido fresco: con 0,20, 0,50, 1,00, risultato fortemente positivo.

R. W. con liquido inattivato: con 0,70, 1,00, risultato positivo.

Il caso attuale in cui, dopo gli episodi attivi della sifilide vascolare del cervello che lasciarono esiti distruttivi indelebili nell'afasia e nell'emiparesi, si ha da circa 12 anni una latenza clinica pressochè completa ed in cui si ha rigidità pu-

pillare con liquido cefalo-rachidiano positivo sotto tutti gli aspetti, porta un ulteriore contributo casistico alla concezione di quegli autori i quali sostengono come debba essere assegnato un valore non assoluto dal punto di vista prognostico alle alterazioni del liquido stesso.

BIBLIOGRAFIA.

ASMANN. Deutsch. Zeit. f. Nerven. Bd. 49, 1913.
DREYFUS. *Isolierte Pupillenstörung und liquor cerebrospinalis.* Jena, 1921.
NONNE. *Syphilis und Nervensystem*, 1924.
PAPPENHEIM. Archiv f. Derm. und Syph., Bd. 144, fasc. I, 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE

La prognosi dell'angina pectoris.

(P. D. WHITE. *Journ. Americ. Med. Assoc.*, 6 novembre 1926).

Uno dei più ardui problemi del medico pratico è quello di formulare un giudizio prognostico sull'angina pectoris. La quistione è antica e non è stata finora risolta nemmeno per approssimazione. Quantunque molti autori hanno cercato di dare ragguagli sui quali formulare pareri di probabilità, e qualcuno, come Allbutt, vi hanno dedicato molte pagine o interi capitoli dei loro libri, tuttavia pochi hanno presentato i dati forniti dall'osservazione personale di numerosi casi. Fa eccezione Mackenzie che ha discusso casi della propria serie di esperienze, senza però fare una netta separazione tra quelli di angina pectoris e quelli di trombosi delle coronarie. Prima di esporre le sue considerazioni è da rilevare che la maggior parte degli autori, da Heberden in poi, ritiene che la prognosi dell'angina pectoris è spesso eccellente e che essa è compatibile con molti anni di attività. Osler nel 1910 scriveva che un gruppo di casi dimostrava che si possono avere lunghi intervalli di completo benessere quando si segua un regime di vita ragionevole, e che comunque il fatto essenziale nella prognosi dell'angina pectoris è la sua incertezza. Allbutt nel 1915 affermò recisamente che l'esito dell'angina pectoris non è sempre letale, e citò un numero considerevole di casi nei quali la vita si protrasse fino a venti anni e più dal primo accesso. Hamman recentemente rilevò che la malattia è di solito di lunga durata e con cure appropriate si possono avere lunghe remissioni: la prognosi e sicuramente sfavorevole quando l'infermo non pone limiti alla sua attività e non evita tutti quei fatti che sogliono provocare l'accesso.

Mackenzie potette seguire molto accuratamente 213 casi dal primo accesso di angina pectoris fino alla morte, riuscendo così ad avere sufficienti elementi per la durata media della malattia, il numero delle morti, l'età media dell'inizio degli accessi. Il prospetto seguente indica tali dati:

Durata in anni	Numero delle morti		Media dell'età d'inizio degli accessi	
Meno di 1 anno	23		60	
da 1 a 2 anni	35		57	
da 2 a 3 anni	24	120	62	59
da 3 a 4 anni	25		59	
da 4 a 5 anni	13		56	
da 5 a 6 anni	13		58	
da 6 a 7 anni	18		55	
da 7 a 8 anni	15	58	57	56
da 8 a 9 anni	5		50	
da 9 a 10 anni	9		51	
da 10 a 11 anni	8		60	
da 11 a 12 anni	2		59	
da 12 a 13 anni	6	35	53	54
da 13 a 14 anni	2		57	
da 14 a 15 anni	6		51	
più di 15 anni	11		61	

Mackenzie osserva che sono segni prognostici sfavorevoli il pulsus alternans, ortopnea notturna e la respirazione Cheyne-Stokes; l'ipertensione è spesso presente, ma non ha grande influenza sulla prognosi. Un segno molto sfavorevole è quello dato dal ripetersi degli accessi in seguito a sforzi progressivamente sempre più deboli e quando gli accessi si ripetono senza alcuna causa apparente.

Ogni caso di angina pectoris presenta peculiarità proprie per modo che ciascuno di essi per le sue caratteristiche cliniche ha una prognosi speciale. Tuttavia vi sono fattori prognostici comuni a certi tipi che consentono giudizi di presunzione più o meno attendibili. L'A. ha studiato 200 casi di angina pectoris dei quali 50 morirono entro i cinque anni dal primo attacco e 50 sono viventi tuttora dopo cinque anni dalle prime manifestazioni di angina pectoris. In tutti questi casi egli ha preso in considerazione vari elementi quali il sesso, l'età del paziente al primo accesso, l'occupazione, l'ipertensione, la sifilide, l'arteriosclerosi specie dell'aorta e delle coronarie, la trombosi delle coronarie, l'ipertrofia cardiaca, i caratteri dei toni cardiaci, i fenomeni di stasi, la sede dei dolori riferiti, la gravità del dolore, l'elettrocardiogramma, la sensibilità nervosa, l'esito della cura. La tabella seguente indica la frequenza di detti fattori nei vari gruppi di casi:

	Totale (200 pazienti)	Morti entro i 5 anni (50 pazienti)	Sopravviventi dopo i 5 anni (50 pazienti)
1. Sesso:			
Uomini	149	41	41
Donne	51	9	9
2. Età d'inizio:			
Media	57	60	56
Estremi	20-76	43-76	41-75
3. Occupazione:			
Affaristi	84	26	18
Donne di casa	39	9	8
Medici	14	1	5
Artigiani	11	1	7
Avvocati	7	0	2
Insegnanti	6	0	2
Ingegneri	5	1	1
Operai	5	3	1
Altre occupazioni	29	9	6
4. Ipertensione:			
Positiva	62	25	12
Dubbia	10	1	4
Negativa	128	24	34
5. Sifilide:			
Positiva	10	5	1
Dubbia	4	0	0
Negativa	186	45	49
6. Arteriosclerosi:			
Positiva	89	30	20
Dubbia	30	7	7
Negativa	81	13	23
7. Trombosi coronaria:			
Positiva	45	21	9
Dubbia	30	8	8
Negativa	125	21	33
8. Ipertrofia cardiaca:			
Positiva	107	44	17
Dubbia	17	0	11
Negativa	76	6	22
9. Carattere dei toni cardiaci:			
Buoni	107	13	36
Rinforzati	49	13	9
Deboli	44	24	5
10. Fenomeni di stasi:			
Positivi	22	10	6
Negativi	178	40	44
11. Dolore riferito al:			
Braccio sinistro	90	21	25
Braccio destro	12	1	1
Ambo le braccia	71	22	20
12. Intensità del dolore:			
Incerta	13	6	3
Lieve	20	2	9
Moderata	65	13	22
Marcata	54	14	10
Fortissima	48	15	6
13. Elettrocardiogramma:			
Blocco cardiaco auricoloventricolare:			
Positivo	4	0	0
Negativo	144	31	44
Blocco cardiaco intraventricolare:			
Positivo	30	7	9
Negativo	118	24	35
14. Esame del cuore, tensione arteriosa ed elettrocardiogramma normali	38	2	11
15. Eccitabilità nervosa:			
Positiva	103	17	28
Negativa	75	28	17
16. Trattamento:			
Buono	117	16	35
Favorevole	68	27	13
Scarso	15	8	2

Tutti i pazienti compresi nella serie studiata avevano accessi di oppressione al petto, generalmente substernale, con dolore spesso irradiantesi al braccio sinistro o ad ambo le braccia, raramente a quello destro. L'accesso si produceva specialmente in seguito a sforzi in particolare fatti dopo i pasti, all'esposizione al freddo. L'accesso scompariva con il riposo o con la somministrazione di nitriti. Molti dei pazienti erano nervosi, ma ciò non autorizza a parlare, come fa Mackenzie, di un'angina primaria e di un'angina secondaria.

Dei 200 pazienti 134 sopravvissero e 66 morirono: 63 in conseguenza di un accesso di angor, per trombosi coronaria o fenomeni congestizi, uno per cancro dello stomaco, uno per pemfigo ed uno di trombosi aortica. La durata media della vita dal primo manifestarsi dell'angina alla morte fu di 3-4 anni. Tenendo conto delle sopravvivenze fino al momento del presente studio, si può stabilire una media di sopravvivenza di molto superiore a quella indicata da Mackenzie, che è di 5-4 anni.

Nelle donne l'angina pectoris è più rara: nei 200 casi esaminati si trovavano solo 51 donne. Di queste 17 presentavano ipertensione, e di queste 10 morirono e 7 sopravvissero. Le altre 44 conducevano una vita molto laboriosa con sforzi eccessivi, in seguito ai quali si manifestavano gli accessi: solo 12 di queste sopravvivono.

Il periodo dell'anno nel quale si manifestarono i primi accessi fu determinato in 135 casi: 84 da ottobre a marzo e 51 da aprile a settembre. I primi sintomi comparvero in 46 casi in gennaio, febbraio e marzo.

L'eccesso dell'uso dell'alcool e del tabacco, specie del primo, fu constatato raramente: molti pazienti appartenevano a società di temperanza. L'alcool in piccole quantità sembra più vantaggioso che dannoso; agirebbe come vasodilatatore. Il tabacco in qualche caso non aveva alcuna influenza; in individui più sensibili a tale sostanza si aveva un aggravamento dei sintomi. La quistione del tabacco ha un'importanza relativa e affatto individuale. Lo stesso può dirsi del caffè e del tè.

Sembra che gli esercizi atletici eseguiti nell'età media precipitino il manifestarsi dell'angina pectoris, ma l'eccesso di lavoro professionale o manuale ha i medesimi effetti.

La costituzione e lo sviluppo muscolare non hanno fornito elementi d'importanza nei casi esaminati: c'erano rappresentati individui di tutti i tipi, gracili e robusti, deboli e forti. E così nella statistica dei pazienti di angina pectoris figurano egualmente quelli che conducevano una vita sedentaria come quelli che praticavano gli sports.

Da quanto si è esposto risulta che nei pazienti di angina pectoris, sia in quelli che soccombono entro cinque anni come in quelli che sopravvivono, si trovano spesso l'ipertensione, la trombosi coronaria, la sifilide, l'arteriosclerosi, toniparafonici e specialmente l'ipertrofia cardiaca. Quanto più grave è il dolore tanto peggiore è la prognosi. Questa è generalmente favorevole quando la pressione sanguigna, l'elettrocardiogramma e il cuore sono normali. La morte probabilmente avviene per occlusione delle coronarie acuta o cronica. Nella serie di 200 casi esaminati la durata media della vita dal principio della malattia è di 4-2 anni con 134 pazienti ancora viventi.

Il sesso, l'occupazione, la direzione dell'irradiazione del dolore non ha alcuna influenza sulla prognosi. L'età media d'inizio degli accessi negli individui morti è di 60 anni, mentre in quelli ancora viventi è di 56.

In genere i seguenti quattro fattori depongono per un esito favorevole: 1) l'angina pectoris si manifesta in individuo a sistema nervoso eccitabile ed in conseguenza di eccessi di lavoro fisico o mentale; 2) nessuna o lieve alterazione cardiaca; 3) il dolore è provocato da sforzi intensi o moderati e non si manifesta quando l'individuo è in riposo o in lieve attività; 4) il paziente può essere convenientemente curato, e gli accessi si mitigano e si rarefanno in conseguenza della cura, specie del riposo.

Ai pazienti di angina pectoris devono essere assolutamente inibite o evitate cinque cose: le emozioni, le preoccupazioni, l'eccesso di lavoro, l'alimentazione abbondante, il tempo freddo, piovoso o ventoso.

DR.

La cardiocentesi rianimante.

(M. LORETI. *Giorn. Clinica Medica*, f. XVII, 10 dicembre 1926).

Gli entusiasmi di coloro che hanno usato la cardiocentesi rianimante in momenti difficili, con ottimo successo, non sono condivisi pienamente dagli sperimentatori, che sulla cardiocentesi hanno fatto le loro ricerche.

In genere gli AA. che si son serviti della cardiocentesi non hanno lasciato esatte indicazioni sulla maniera di praticarla: in quale punto ed a quale profondità.

Hesch solo ha notato i buoni risultati della iniezione intramuscolare; il Nuzzi condivide tale opinione.

Il Loreti co' suoi studi sperimentali ha cercato di stabilire quale *punto* e quale *parte* del cuore possa essere aggredita, per poter ottenere un'azione immediata ed efficace.

Come linea di massima si può stabilire che il punto più utile sia il miocardio, non perchè le iniezioni intracavitarie non vengano assorbite; ma perchè l'assorbimento è più lento.

In rapporto alla parte, nell'uomo bisogna preferire quella porzione che resta scoperta, per evitare la puntura del polmone. Essa è costituita dall'aia di ottusità assoluta, corrispondente al ventricolo destro.

L'A. ha usato i conigli per l'esperimento; il cloroformio per provocare la sincope; la soluzione di adrenalina al ‰ per la rianimazione.

L'iniezione veniva fatta a cielo scoperto. Il trauma conduceva a morte in breve l'animale; però lo scopo della ricerca non era quello di ottenere una rianimazione nel vero senso, ma di notare come reagisse il cuore e fino a qual punto riprendesse la funzione, iniettando il liquido nei vari segmenti ed a differente profondità.

In rapporto al punto ove si debba fare la cardiocentesi, bisogna considerare le due condizioni: 1) il cuore si contrae ancora; 2) il cuore è completamente fermo.

Nel primo caso l'iniezione intracavitaria è utile perchè il liquido iniettato attraverso le coronarie giunge rapidamente ai centri ed alle fibre muscolari.

Nel secondo caso è preferibile l'iniezione intramuscolare, perchè dà un più rapido assorbimento.

A tal proposito ricordiamo che la meccanica circolatoria non ancora è ben chiara, e le due teorie — la miogena e la neurogena — non ancora hanno chiarito sufficientemente tale funzione.

Comunque sia che prevalga la teoria miogena, sia che si affermi la neurogena, l'iniezione rianimante trova una più utile applicazione quand'è fatta intracardiaca, o piuttosto intramurale. Inoltre il Gottlieb ha dimostrato che l'adrenalina non agisce sulle fibre del miocardio, ma sui centri autonomi cardiaci, stimolando l'estremità dei nervi simpatici.

Dalla considerazione dei risultati sperimentali si deduce che le contrazioni avevano una maggior durata con iniezione intramuscolare; minore

con quella intracavitaria. Tale durata è anche maggiore con iniezione praticata nella parte destra del cuore. La massima durata si ha con la cardiocentesi delle orecchiette: per l'orecchietta destra fu di 53', per quella sinistra di 80'.

La cardiocentesi quindi nell'uomo deve essere intramuscolare, e nel punto di ottusità assoluta cardiaca: margine sternale sinistro, 3°-4° spazio intercostale.

Teoricamente però la cardiocentesi dovrebbe esser fatta nel miocardio delle orecchiette.

CARUSI.

Il trattamento operativo della stenosi mitralica.

(PRIBRAM. *Arch. f. Klin. Chirurg.*, 1926, Bd. 142).

Oltre le ferite del cuore alcune stenosi congenite od acquisite degli osti sono state oggetto di studi. Nel 1924 gli Americani Cutler, Levine e Beck riferirono su 4 pazienti operati per stenosi mitralica; di essi una giovane di 11 anni rimase in vita con miglioramento, 2 morirono subito dopo l'operazione, il 4° visse 5 giorni. Nel 1925 si aggiunse il tentativo di Soutlar per stenosi mitralica. L'A. ha avuto occasione di operare un caso inviatogli da Kraus in una giovane di 38 anni costretta da diverso tempo a letto con difficoltà di respiro, cianosi per una stenosi mitralica. Con il trattamento interno per diversi mesi non si era avuto nessun miglioramento per cui l'A. dopo una serie di ricerche sul cadavere e negli animali si accinse all'operazione secondo Cutler: narcosi sonnifen-etere, incisione sullo sterno dalla metà fino a 3 dita trasverse sotto l'apofisi xifoide, resezione delle cartilagini costali a destra e sinistra ed asportazione dello sterno fino a livello del 3° spazio intercostale. Due piccole aperture nelle pleure furono suturate, mentre tutto il pericardio veniva tratto in avanti ed aperto. Il cuore, che traumatizzato alquanto mostra un migliore funzionamento venne massaggiato e poi riposto nel suo letto. Vennero posti sulla punta del ventricolo sinistro due punti di catgut e tra essi fatto un taglio comprendente il muscolo fino all'endocardio, senza aprirlo, con un diametro che permettesse l'introduzione dello strumento, il cardiovalvulotum di Cutler. Il muscolo si contrasse intorno allo strumento senza alcuna fuoriuscita di sangue. L'istrumento ha la forma di un trequarti con la punta smussa la quale ha da una parte una incavatura su cui può appoggiarsi la valvola; con la chiusura dello strumento, il mantello esterno tagliente va verso la punta è porta via dalla valvola un pezzo della grandezza della incavatura. Con le dita della mano sinistra passate dietro il cuore si poteva controllare l'orientamento dello strumento per imboccare la valvola. Anche al momento di estrarre lo strumento non si ebbe sangue dalla ferita che venne chiusa con i due punti di catgut. Il cuore venne rimesso in posto; la sua configurazione era notevolmente mutata e batteva tranquillo e forte come se non vi si fosse fatto nulla. Quindi fu richiuso il pericardio e la ferita operatoria. Lo stato della paziente subito dopo l'operazione era soddisfacente, polso fra 90 e 100, soffio presistolico netto; lo stato si manteneva buono il giorno seguente; al quarto giorno sopravvenne elevazione termica senza alcun versamento mediastinico; la puntura del pericardio diede circa 4 cc. di liquido siero-sanguinolento; al 6° giorno l'inferma morì. L'autopsia fece notare il difetto della mitrale dovuta all'operazione ed un essudato mediastinico oltre ad una stenosi aortica, con endocardite cronica.

Il caso indica che l'operazione di stenosi valvolare è possibile ma i casi devono essere scelti possibilmente tra le stenosi congenite o tra quelle infiammatorie quando i fatti acuti sono sicuramente scomparsi.

R. BRANCATI.

ORGANI DIGERENTI.

Enfisema sottocutaneo come segno di perforazione da ulcera.

(VIGYÁZÓ. *Zent. f. Ch.*, 1926, p. 1627).

Ricordato il quadro classico della perforazione gastrica e duodenale franca, nonchè quello meno certo della perforazione coperta, l'A. ricorda come sempre si possa avere vantaggio dalla coincidenza di fenomeni rari, ma che pure sono in rapporto con la perforazione, del genere di questo che passa ad illustrare.

Un paziente (che era poi anche un tabetico ma senza aver mai sofferto di crisi viscerali) fu colto improvvisamente da dolore violento all'addome e da vomito. All'esame obiettivo presentava dolori spontanei intensi a tutto l'addome, esacerbantisi alla pressione, e spiccata difesa al minimo tocco. Particolarmente sensibile alla pressione era la regione cecale. Non c'era meteorismo, l'addome era piuttosto avvallato; l'ottusità epatica si manteneva, non c'era ottusità ai fianchi, nè alle fosse iliache, era invece alquanto tumefatta la regione dell'anello inguinale esterno di destra e oltremodo sensibile alla pressione, come pure il testicolo dello stesso lato, che si manteneva alquanto sollevato. Il riscontro rettale non dava nulla di anormale. Il polso era a 86, valido, la temperatura a 37.3.

Il sospetto di un'appndicite perforativa o di

una perforazione gastrica era alquanto infirmato dalla tabe, e la grande dolorabilità e la tumefazione della regione testicolo-mobile lasciavano il dubbio che potesse trattarsi anche di una torsione del testicolo (il quale poi si sottraeva ad una palpazione completa per la stessa dolorabilità). Ma un sintoma palpatorio, dapprima appena accennato e poi accentuatosi, mise in prima linea l'ipotesi di una perforazione. Sia alla regione ombelicale che in quella cecale, per un'estensione di 5-6 palmi, si avvertiva alla palpazione superficiale della pelle un crepitio e piccole bolle (di enfisema sottocutaneo), senza che la pelle fosse tumefatta e senza che l'enfisema si potesse riscontrare in altre parti del corpo.

In narcosi eterea fu esplorata la regione appendicolare, attraverso un'incisione pararettale, che fece riconoscere la peritonite siero-fibrinosa ma con ceco ed appendice indenni. Fu riscontrato invece un piccolo sacco erniario inguinale che poteva spiegare il risentimento del testicolo, per diffusione dell'essudato peritoneale. Si passò allora a una laparotomia epigastrica mediana e qui si trovò, nella parete anteriore del duodeno, subito a valle della vena pilorica, un'ulcera callosa, ampia come una moneta d'oro, con una perforazione di capocchia di spilla al centro. L'apertura era a valvola, con sovrapposizione del margine destro. Fu suturata la perforazione in direzione trasversale (in modo da non produrre stenosi), fu asciugato l'essudato peritoneale, fu drenato parzialmente dall'epigastrio e dalla pararettale e il malato guarì.

Ora, l'A. ricorda che l'enfisema sottocutaneo dell'addome si conosce nella forma post-operatoria asettica e si conosce anche come segno di peritonite da ferita penetrante. In seguito a perforazione spontanea fu illustrato soltanto come conseguenza di perforazioni della parete posteriore del duodeno (scoperta di peritoneo) la quale dia luogo a flemmone della parete addominale. Nel caso dell'A. la perforazione stava sulla parete anteriore del duodeno e di flemmone addominale non c'era nulla. Per spiegare l'enfisema in questo caso bisogna ammettere soltanto che il gas dell'intestino abbia seguito la via sottosierosa del duodeno facendosi strada attraverso le pareti edematose di questo e dallo strato sottosieroso sia giunto poi alla parete addominale anteriore. La possibilità di questa interpretazione è avvalorata dalla disposizione valvolare della perforazione. Ma dal duodeno alla parete addominale anteriore rimangono ancora due vie al gas: l'una, lungo il legamento epatoduodenale, il tessuto periportale e il ligamentum teres; l'altra per la superficie retroperitoneale della seconda porzione del duodeno. La prima sembra la più attendibile.

L'enfisema sottocutaneo di questo caso ha, secondo l'A., qualche analogia, nella sua patogenesi, con la pneumatosi cistica dell'intestino e l'analogia vale anche nel senso che i più degli 80 casi descritti di pneumatosi si trovarono in soggetti con ulcere juxta piloriche. Quivi — secondo la teoria meccanica delle pneumatosi — il gas sarebbe spinto attraverso l'ulcera negli strati profondi della parete gastrica, per virtù dell'elevata pressione intragastrica (vomiti, ecc.). Nel suo caso l'A. vorrebbe riconoscere come una pneumatosi delle pareti addominali.

La rarità del caso trova spiegazione nel fatto che, per determinare un effetto simile, la perforazione deve avere le speciali caratteristiche di essere piccola e a valvola, altrimenti il gas, invece di infiltrarsi nello spessore delle pareti intestinali, sfugge in cavità peritoneale.

Per quanto superfluo rispetto agli altri segni della perforazione, all'enfisema sottocutaneo spetta la stessa importanza diagnostica che la dimostrazione di gas libero nella cavità addominale.

B.

Patogenesi e trattamento preventivo delle complicazioni polmonari nella chirurgia gastrica.

(P. RAZEMON. *Revue de Chirurgie*, a. 45, 1926, pag. 156).

Nelle operazioni intraperitoneali le statistiche danno una mortalità del 7-8 % per complicazioni polmonari. In particolare è del 7 % negli interventi sottombelicali, del 10 % nei sopraombelicali e del 15-17 % nelle operazioni sullo stomaco e duodeno.

Vi sono diversi fattori che vengono considerati come causa della complicazione polmonare; così la narcosi generale, il raffreddamento e lo choc operatorio, la stasi circolatoria alla base del polmone, le azioni riflesse per stiramento, la nevrite ascendente del vago, le lesioni delle vie respiratorie anteriori, la flora microbica della bocca e retrobocca. Per l'autore la causa principale è da ricercarsi nella infezione venuta dal campo operatorio. Ha eseguito una serie di ricerche batteriologiche sul contenuto dello stomaco e duodeno, sulla flora dell'ulcera e su quella della complicazione polmonare e ha trovato l'enterococco nella maggior parte dei casi.

Con una serie di esperimenti ha potuto dimostrare che l'assorbimento dei germi avviene principalmente attraverso il peritoneo, che l'assorbimento del peritoneo è massimo a livello del dia-

framma e che da qui i germi arrivano in circolo seguendo il dotto toracico e le vie linfatiche disposte lungo la mammaria interna. I germi arrivati così al cuore destro vengono arrestati dalla rete capillare polmonare e producono la lesione. Una prova di ciò si avrebbe nella presenza dell'enterococco nei focolai polmonari.

Dal punto di vista pratico sarà utile di premunirsi contro tutte le cause possibili. Così si eviteranno la narcosi dando la preferenza all'anestesia locale, gli stiramenti sulle vie nervose, il raffreddamento. Buoni risultati si sono avuti con una ginnastica respiratoria allo spirometro prima e dopo l'operazione, con la digitalizzazione preoperativa, con la disinfezione della bocca e dei denti. Sono ritenute utili lavande gastriche (anche con l'acqua iodata) per sterilizzare in qualche modo lo stomaco ed evitare l'infezione del campo operatorio.

Partendo dalle ricerche batteriologiche, nella clinica di Lilla viene usata anche la vaccinazione preventiva con l'enterococco. Per mezzo dell'intradermoreazione con il vaccino preparato con le colture dell'enterococco, vengono selezionati gli individui sensibili (circa il 15 %) e vaccinati fin chè l'intradermoreazione non dia risultato negativo. Vengono adottate però anche le altre misure profilattiche.

Sui risultati favorevoli di questo metodo ha già insistito Lambret al Congresso francese di chirurgia del 1923 con una statistica di 80 casi. Fino al gennaio 1926 erano stati così trattati 300 operati sullo stomaco, di cui non si ebbe nemmeno un morto per complicazioni polmonari. Nel 5 % dei casi si ebbero complicazioni polmonari benigne senza nessun carattere di gravità. Di 19 malati non sottoposti a questo metodo si ebbero invece due bronco-polmoniti mortali.

Razemon nega ogni valore al vaccino polivalente preparato con la flora delle complicazioni bronco-polmonari.

VALDONI.

Studi sulla cosidetta invaginazione ileo - cecale.

(H. LAVESSON. *Acta Chir. Scand.*, vol. LXI, fasc. 1).

Fondandosi su 24 casi personali occorsigli nell'Ospedale Municipale di Trelleborg e sulla documentazione bibliografica, l'A. cerca di dimostrare che di tutte le forme di invaginazione intestinale, quelle della regione ileo-cecale sono di gran lunga le più frequenti. Nei lattanti costituiscono la forma quasi esclusiva dell'invaginazione intestinale, sono anche molto frequenti nei bambini, e si rinvengono anche negli adulti.

L'A. fa notare come sia inesatto di dare alle invaginazioni della regione ileo-cecale il nome di « ileo-cecali »; infatti secondo la abituale terminologia, questo nome sembrerebbe indicare che l'ileo si invagina nel ceco. Invece per delle ragioni puramente anatomiche bisogna considerare questa evenienza come molto rara. L'A. distingue fra le invaginazioni della regione ileo-cecale le seguenti forme:

1) invaginazione cecale (invaginazione del solo ceco, ceco-cecale, o eventualmente del ceco nel colon, ceco-colica; in queste forme l'ileo mantiene la sua normale posizione;

2) invaginazione ceco-ileo-colica, in questa forma, più estesa della precedente l'invaginazione cecale attira l'ileo nel colon;

3) invaginazione ileo-colica, ossia invaginazione dell'ileo nel colon mentre il ceco mantiene la sua normale posizione, eventualmente questa varietà può assumere la forma ileo-cecale;

4) invaginazione ileo-ceco-colica, forma più estesa della precedente, nella quale l'ileo viene ugualmente attirato nel colon.

Di queste quattro forme certamente la più frequente è la ceco-ileo-colica (18 dei casi dell'A.). Tale frequenza con una percentuale presso a poco uguale risulta anche dalle storie cliniche e dai risultati delle autopsie che si trovano riferiti nella letteratura.

Cinque dei casi dell'A. appartenevano al tipo cecale puro, e un solo caso alla forma ileo-ceco-colica. Nessun caso ha mai osservato l'A. della forma ileo-colica.

In base alle proprie osservazioni l'A. crede che alterazioni infiammatorie ed edematose della mucosa intestinale siano la causa più comune di invaginazione. Tali alterazioni si producono con maggiore frequenza in corrispondenza del ceco; tale fatto è dovuto da una parte alla struttura particolare di questo tratto di intestino e alla sua forma di cul di sacco, e dall'altra alla sua maggiore ricchezza in flora batterica in paragone dell'ileo. L'edema flogistico si può presentare sotto forma diversa; talora provoca una così cospicua tumefazione della parete intestinale, da presentarsi nell'insieme come un tumore, dotato, come è facilmente osservabile durante un atto operativo, di spiccata tendenza a provocare nuove invaginazioni. In altri casi le alterazioni sono meno pronunziate, per lo più sono limitate a un haustrum, raramente sono estese a un maggior numero di questi. Queste parti mostrano ugualmente una costante tendenza alla reinvaginazione.

L'A. inoltre descrive la sintomatologia delle diverse forme di invaginazione e la possibilità di stabilirne la diagnosi.

Pur riconoscendo i buoni risultati ottenuti col trattamento incruento, l'A. crede tuttavia anche

per i recenti perfezionamenti introdotti nella tecnica chirurgica, che queste lesioni sieno da curare chirurgicamente così come le ernie e le appendiciti. I 24 casi riferiti dall'A. furono tutti operati e guariti radicalmente senza recidiva.

Bisognerebbe che queste lesioni fossero meglio conosciute dai medici: si vedrebbe allora come esse siano tutt'altro che rare, anzi contrariamente a quanto si crede generalmente, siano molto frequenti. Sarebbero così possibili diagnosi e interventi più precoci che renderebbero i risultati molto migliori.

M. ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MENETRIER. *Cancer-Généralités.* Baillière et Fils, éd Parigi.

È uscito il primo dei due volumi sul « cancro » compilato da Menetrier, che fa parte del trattato di medicina interna di Brouardel e Gilbert in ristampa per la seconda edizione. In questo primo volume è compresa la parte generale con la storia del cancro, la morfologia e la biologia della cellula cancerosa e sono riportati gli studi sugli innesti di tessuti normali e neoplastici, sulla produzione dei tumori sperimentali, parte che mancava nella prima edizione. Dopo sono trattati i diversi stadi della evoluzione cancerosa con le reazioni dell'organismo all'insorgenza del neoplasma, la diagnosi con l'ausilio di mezzi di laboratorio ed infine l'etiologia e la patogenesi.

R. BRANCATI.

GROSZ KARL. *Klinische und Liquordiagnostik der Rückenmarkstumoren.* J. Springer, Wien 1925. Mk. 6.90.

L'A., assistente nella Clinica neurologica e psichiatrica di Vienna diretta dal Wagner-Jauregg, ha raccolti in questo volumetto numerosi casi di tumori midollari, e dopo averne esposte brevemente le storie cliniche e i risultati di ogni indagine semeiologica e di laboratorio, tratta dei risultati dell'intervento chirurgico e del controllo anatomico per quelli che morirono sotto la sua osservazione.

A questa parte speciale che riunisce 23 casi clinici di tutte le varietà di tumori midollari, segue una parte generale nella quale l'A. prende a discutere l'importanza dei vari sintomi nei riguardi della diagnosi, soffermandosi particolarmente sui dati forniti dall'esame del liquido cefalo-rachidiano e su quelli ottenuti con l'esame radiografico col metodo di Sicard. La completa trattazione dei vari casi clinici, e la discussione critica degli elementi che possono più giovare nel problema talora arduo della diagnosi, rendono il volume dell'A. particolarmente interessante ed utile.

TRENTI.

BLUM, GLINGAR, HRYNTSCHAK. *Urologie für praktisch Arzte.* Julius Springer, ed. Vienna, 1926.

Gli AA., i cui nomi sono ben conosciuti nel campo dell'urologia, hanno voluto riunire in questo volume tutte quelle cognizioni cliniche di uso pratico che appresero dalla viva voce dei Maestri della Scuola Viennese, von Frisch, Englisch, Zuckerkandl e che sono quasi una tradizione di questa Scuola. Esse difficilmente trovano il loro posto nelle monografie o nei grandi trattati, mentre sono di massima importanza per il medico pratico poichè rappresentano il frutto di una vasta e lunga esperienza clinica, quale è quella del reparto Urologico del Sofienspital di Vienna.

Ad una parte generale ed una speciale segue una specie di appendice dove viene trattata l'urologia da un punto di vista chirurgico generale, delimitato il campo d'azione dell'urologo nelle malattie renali di spettanza dell'internista ed esposta l'urologia che deve conoscere il pediatra, il ginecologo, e in ultimo la diagnostica radiologica delle malattie delle vie urinarie.

Il volume con 59 figure in nero ed a colori è presentato dallo Springer in modo veramente elegante e perfetto.

M. ASCOLI.

WELLS P. EAGLETON. *Trombo-phlébite infectieuse du sinus caverneux.* Masson et C.ie, édit, 1926. Prezzo 5 franchi svizzeri.

La personale esperienza, basata su 24 casi, ha suggerito all'A. il lavoro. In esso si propone di dimostrare l'importanza della flebite del seno cavernoso, gruppo, non unica malattia, se la diagnosi è fatta precocemente. Per questa diagnosi l'esoftalmo, l'edema delle palpebre, la chemosi, possono essere presenti od assenti a seconda che il seno è bruscamente e completamente ostruito da un processo settico acuto, ovvero gradualmente obliterato da un trombo compensatore. Ora il tipo più favorevole per l'intervento chirurgico è rappresentato dai casi ad invasione lenta senza quindi il classico esoftalmo.

L'A. parla dei vari tipi di infezione, delle vie che questa segue, della diagnosi differenziale con la trombosi dei seni, con la meningite, con l'ascesso del cervello; accenna alla prognosi, all'anatomia patologica e si sofferma alla cura che non deve essere soltanto chirurgica, ma sieroterapica, vaccinoterapica, chemioterapica.

MONTELEONE.

F. SIEGLBAUER. *Normalen Anatomie des Meschen.* Urban e Schwarzenberg. Berlin 1927, pag. 910. Nessuna figura. Marchi oro 21.

La veste tipografica ormai dimenticata per i trattati normali di anatomia umana, ci riporta con l'opera di Sieglbauer ai tempi di Hirtl e Sappey. Forse la mancanza assoluta di figure e la mole ridotta dell'unico tomo per tutte le parti, rispecchiano le condizioni ahimè non più floride, non tanto degli studiosi della medicina, che di solito sono sempre stati « studenti e poveri » quanto delle loro famiglie che oggi non possono più sobbarcarsi all'onere del mantenimento agli studi dei singoli figlioli. Il consiglio dell'autore è quello di servirsi di uno dei tanti atlanti di anatomia che vanno per la maggiore e di aiutarsi con quelli.

Il consiglio è buono e sarà certamente seguito da coloro che ancor oggi mostrano il coraggio di dedicarsi a questa faticosa branca dello scibile umano, sempre difficilissima a possedersi e spesso ingrata verso coloro che vi si dedicano.

E. M.

TECNICA OSPITALIERA.

Il numero massimo di letti ammissibile in un grande ospedale.

Il problema, già discusso più volte, viene ora trattato dal prof. P. Canalis (*Igiene moderna*, anno 19, n. 7) sulla scorta di alcuni studi di Schilling e dell'ing. Ruppel.

Per l'addietro, il maggior numero degli autori si è sempre schierato contrario ai grandi ospedali; in Francia, Inghilterra, Stati Uniti, si ammette per lo più un numero massimo di 5-600, mentre in Germania si è arrivati a sorpassare i 2000 (Barmbeck con 2400, Amburgo con 2740 ed altri).

Ora, secondo Schilling, in un ospedale con oltre 1000 letti, il lavoro e la responsabilità di un direttore sanitario sono gravissimi e le difficoltà aumentano in quanto che nessun direttore rinuncia all'esercizio professionale ed in complesso la vigilanza ed il controllo sono meno facili.

Un esatto paragone fra le spese di costruzione e di manutenzione, però, non può farsi perchè i casi che si prendono in esame sono diversissimi e le condizioni non si presentano mai uguali, di modo che non è possibile un raffronto.

Dal punto di vista amministrativo, invece, i grandi ospedali presenterebbero difetti di esercizio che mancano nei medî e nei piccoli. I controlli devono spesso affidarsi ad impiegati subalterni e riescono meno efficaci; le distanze da percorrersi per il servizio da parte dei medici, impiegati e personale sussidiario sono maggiori; i cibi arrivano ai padiglioni semifreddi e devono quivi riscaldarsi, con perdita di sapidità ed aumento di spesa; l'uso di autotrasporti scema, ma non elimina l'inconveniente e, se si adottano veicoli riscaldabili e speciali recipienti, si ha un aumento di spesa. Anche per il riscaldamento, la necessità di lunghissime tubazioni porta una dispersione del calore e fa risentire meno il vantaggio dell'economia che si raggiunge sul servizio. Questa è invece incontestabile per quanto riguarda i servizî di lavanderia, cucina, ecc.

In complesso Schilling non crede però che si possa ritenere dimostrato che i grandi ospedali funzionino meglio dei piccoli e, come direttore amministrativo, dà la preferenza agli ospedali fino a 1000 letti, nei quali la direzione sanitaria come quella amministrativa possono assumere la responsabilità dell'esercizio e garantirne la vigilanza ed il controllo. Non bisogna però dimenticare che l'assistenza può sembrare meno costosa nei piccoli anzichè nei grandi ospedali sia per le minori esigenze dei medici e dei malati, perchè si evitano impianti e trattamenti costosi, nonchè per i salari più bassi.

L'ing. Ruppel dichiara anzitutto che, nella sua lunga carriera di progettista ed esecutore di ospedali non ha mai avuto occasione di affrontare la questione della convenienza del piccolo o del grande ospedale; la capienza di questo deve essere tale da soddisfare i reali bisogni della popolazione. Nei tempi andati il numero massimo di letti più conveniente per la costruzione e per l'esercizio doveva tenersi più basso che attualmente perchè la tecnica non aveva raggiunto la perfezione odierna. Ma nei diversi ospedali da lui costruiti con oltre 2000 letti non ebbe mai a verificare inconvenienti imputabili al numero troppo alto di letti od alla eccessiva grandezza dell'impianto.

Il numero dei letti non ha più importanza per determinare l'idoneità di un grande ospedale, la quale dipende soltanto dall'idoneo e ben studiato progetto dei fabbricati e dalla perfezione dell'attrezzatura interna. Grazie a questi fattori, che rendono possibile al direttore medico ed a quello amministrativo l'esercizio efficace delle proprie mansioni, diventa indifferente la grandezza degli ospedali, anche se superino i 2000 letti. Si comprende che si esigono da parte del direttore grande perizia, attività, facoltà di organizzatore.

In quanto alle difficoltà che la grandezza dell'ospedale può presentare per la lunghezza delle strade che devono percorrere i malati ed i loro visitatori, si osserva che questo inconveniente può ripetersi in qualunque ospedale ma è generalmente sopportabile ed, in generale, nelle grandi

città dove sorgono i grandi ospedali, la facilità dei mezzi di comunicazione lo rende meno grave che nei medî e piccoli ospedali in località meno favorite per i mezzi di trasporto.

Per un esatto raffronto si dovrebbero fare i calcoli sopra delle basi perfettamente uguali, il che non è praticamente possibile. Nei piccoli ospedali si possono riunire più che nei grandi molte installazioni e conseguire così delle economie, ma questi ed altri risparmi non sono compensati dalle maggiori spese determinate dalla moltiplicazione dei locali per l'amministrazione e per il servizio e, specialmente, per i costosi impianti medici delle sale di operazione, raggi X, idroterapia, ecc., di cui un ospedale, anche piccolo, non può fare a meno.

Si potrà forse obbiettare che nei piccoli ospedali non si ha bisogno di apparecchi costosi che si possono avere nei grandi e che, quindi, il costo unitario del letto è più basso nei primi. Ma, oltre al fatto che l'uso di tali apparecchi finisce per essere un vantaggio per il malato, bisogna tener conto che lo scopo dei grandi ospedali è anche quello di essere, almeno fino ad un certo punto, degli istituti di indagine scientifica e di istruzione. Anche fuori dalle Università, i grandi ospedali con l'abbondante materiale clinico ed il copioso arredamento, la possibilità di mettere a disposizione dei medici dei posti di lavoro e dei locali per conferenze offrono per i medici giovani e vecchi l'occasione più favorevole per l'istruzione e per la ricerca scientifica.

L'esistenza del grande ospedale non è dunque soltanto forzatamente legata alle condizioni della grande città, ma è pienamente giustificata anche dalla loro opportunità.

Il dibattito sulla maggiore o minore opportunità dei grandi o dei piccoli ospedali è da ritenersi di lana caprina. Non si devono però disconoscere i grandi pericoli che minacciano la buona riuscita dei grandi ospedali quando non siano soddisfatte le condizioni di un adatto piano costruttivo e di un completo arredamento interno; altrimenti ogni difetto diventa un ostacolo permanente e costoso per l'esercizio e, con la grandezza, diventa sempre maggiore; non ultimo fra questi (che si presenta anche nei piccoli e nei medî ospedali) è quello di costruirlo fin dall'inizio troppo piccolo nell'impianto generale e nelle singole parti.

Il confronto con le diverse nazioni non regge, poichè, anche per questo, le condizioni sono diverse. Così, negli Stati Uniti sono frequenti i piccoli ospedali, che sono impiantati e mantenuti da privati, i quali, per quanto ricchissimi, non possono sostenere le spese oltre ad un certo limite. In Inghilterra, si costruiscono dei piccoli ospedali di 5-600 letti perchè, ivi, i comuni hanno soltanto l'obbligo di provvedere al ricovero dei malati infettivi ed è bene che l'ospedale per malattie infettive non superi tale limite.

Il Canalis, nel fare sue queste osservazioni di Ruppel, aggiunge che qualche delusione si è avuta in proposito in Italia, come al Policlinico di Roma, ma si tratta, egli aggiunge, di impianti sbagliati fino dall'inizio. Invece, dove essi furono bene ideati e bene eseguiti, come all'ospedale di S. Martino e di Galliera (Genova) il risultato è stato soddisfacente. In Italia, poi, le difficoltà che possono derivare alla direzione sanitaria di un grande ospedale per l'esercizio dell'arte medica da parte del direttore, per lo più non esistono perchè generalmente viene vietato l'esercizio professionale od è limitato alla consulenza.

Quindi, pure augurandosi che sorgano in Italia dei piccoli e medî ospedali a seconda dei bisogni, non si deve temere di costruirne di grandi o di grandissimi i quali possono raggiungere più economicamente lo scopo di curare bene le malattie, comprese quelle che richiedono impianti costosi che difficilmente potrebbero aversi in un piccolo ospedale e possono contribuire all'istruzione dei medici. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 9 dicembre 1926.

Presidenza del prof. NICOLA LEOTTA, presidente.

Un segno di probabile eredo-lues facilmente rilevabile.

Prof. U. CERLETTI. — Si tratta di strie lineari o ondulate, più o meno lunghe, più o meno numerose, talora parallele, talora disposte a larga rete; per lo più di color bianco, talora di color paonazzo, spesso incavate nella pelle, più di rado rilevate. L'O. le ha riscontrate più frequenti sulla faccia laterale esterna delle natiche e nella regione lombo-sacrale, dove sono disposte molto regolarmente orizzontali « a rigo musicale ». Si trovane anche sulla regione trocanterica, sulla faccia anteriore delle coscie e, più raramente, in altre parti del corpo.

Descritte dai dermatologi come conseguenza di eccessiva distensione della cute, negli ultimi tempi sono state messe in rapporto anche con una particolare fragilità della cute dipendente da disturbi endocrini-tossici.

L'O. ha constatato che molto frequentemente i portatori di queste strie presentano inoltre piccole o grandi stigme di certezza o di probabilità per l'eredo-lues, che spessissimo la inchiesta patogenealogica dà certezza o quanto meno sospetto dell'esistenza della lues negli ascendenti; non di rado ha trovato reazione del Wassermann positiva nel soggetto e nei consanguinei.

Ampie ricerche statistiche confermano la frequenza del reperto negli eredo-luetici. Gli esami fatti dall'O. su molte centinaia di bambini hanno mostrato che le strie sono molto rare prima della pubertà. Ma, se nei bambini in genere si riscontrano solo nel 3,4 %, nei frenastenici, idioti, deficienti (molto frequentemente eredo-luetici) la cifra sale al 50-60 %. Negli adulti in genere le strie sono state osservate nel 6 % sui maschi e nel 36 % sulle femmine (escluse quelle che furono incinte) (SCHULTZE); ora, sopra centinaia di alienati (esclusa l'epilessia) l'O. le ha riscontrate sui maschi nel 13 %, e sulle femmine nel 58 %. Nei maschi epilettici la percentuale sale al 46 % e si riscontra in forme estese e molto marcate. È nota la grande frequenza della eredo-lues nella epilessia « essenziale ».

Secondo l'O. devesi introdurre nella semeiotica clinica questo segno facilmente rilevabile, come indice di uno stato distrofico della cute, stabilitosi, in un grandissimo numero di casi, sulla base della sifilide ereditaria.

Il valore delle prove delle sostanze coloranti e della cromocistoscopia nell'esame funzionale dei reni separati.

Dott. NISIO. — L'O. mette in rilievo i vantaggi dell'indaco-carminio sulle altre sostanze, e si intrattiene sui criteri che si possono trarre dalla cromocistoscopia. Reputa questa prova come il più semplice e il più pratico dei mezzi di esplorazione al quale però assegna il solo valore di *orientamento*. Mette quindi in evidenza i possibili ritardi di eliminazione nel rene sano per inibizione della sua funzione a causa di riflessi reno-renali (calcolosi!), di fattori emotivi di indole generale o con punto di partenza nella sfera genito-urinaria. Fa osservare come in un buon numero di tumori renali, in cui il parenchima era notevolmente distrutto, non ha apprezzato differenze sensibili, tra i due lati, nell'inizio di eliminazione; e come in un tipico ipernefroma di cui mostra il pezzo anatomico, in cui il parenchima appare integralmente sostituito dal neoplasma, ha assistito al fatto paradossale di veder apparire il colore con due minuti di anticipo sul rene sano, il quale è tanto sano che, otto mesi dopo l'intervento, vicaria ancora e ottimamente la funzione dell'adelfo. Conclude quindi col dire che a queste prove si debba dare il loro giusto valore, valore di *orientamento*, e come esse debbano sempre essere completate dagli altri metodi di esplorazione.

La soluzione alcali-albuminata, nuovo mezzo liquido per la ricerca del vibrione colerigeno nelle feci.

Dott. SIMONETTI. — Prendendo lo spunto dalle ricerche di NERI e DEYCKE circa l'importanza degli albuminati alcalini, ha sperimentato il valore della soluzione alcali-albuminata del lievito di birra e di diversi organi (milza, fegato, muscolo) preparato con 100 gr. della sostanza adoperata finamente triturata e infusa per circa otto ore in un litro di acqua alcalinizzata con 10 cc. di soluzione di potassa caustica N/10 con aggiunta di gr. 5 di cloruro di sodio. Su dieci esperienze eseguite, seminando in 50 cc. di soluzione alcali-albuminata, cc. 0.20 di feci coleriche sperimentali (numero di vibrioni trattabili da 800 a 40) il valore dell'arricchimento risulta notevolmente superiore in confronto del metodo classico con l'acqua peptonizzata soluta; il numero di colonie vibrioniche sviluppatesi nella successiva cultura di isolamento elettivo era di gran lunga superiore nei trapianti da soluzioni alcali-albuminati che non dalla soluzione di peptone.

Data la semplicità di preparazione questa soluzione potrà dunque utilmente sostituire la classica soluzione di Durham-Koch nella cultura di arricchimento per la ricerca del vibrione colerigeno nelle feci.

Quanto la presenza di sangue possa modificare la reazioni colloidali nel liquor.

Dott. RIVELA. — L'O. comunica i risultati di esperienze da lui condotte per dimostrare fino a qual grado la presenza del siero di sangue possa alterare le reazioni colloidali nel liquor. In base ai dati ottenuti da queste ricerche, ritiene non esser di pratica attendibilità il risultato negativo della reazione del mastice, quando detta reazione viene eseguita su un liquor che contenga siero di sangue in proporzioni maggiori di 1/1000.

La riduzione della superficie respiratoria dopo interventi collasso-terapici.

Dott. BONOMO. — L'O. ha osservato che la maggior riduzione della superficie respiratoria è data, in ordine, dal pneumotorace, successivamente dalla toracoplastica extrapleurica e dalla frenicoexeresi.

Mentre nel pneumotorace la riduzione si arresta appena raggiunto il collasso completo, dopo gli altri interventi la diminuzione è progressiva anche per mesi, e questo certamente è in rapporto alla retrazione attiva e progressiva del polmone dopo toracoplastica e frenico-exeresi. L'O. tra gli effetti del collasso ha osservato diminuzione e cessazione della iperventilazione nei casi nei quali questa era dovuta a stimolazione tossica del centro respiratorio e per questo non ritiene, come si pensa da alcuni che la frenicoexeresi preliminare costituisca un aggravio funzionale, ma al contrario, che, appunto per questo benefico influsso sull'attività del focolaio morboso, di cui il miglioramento della funzione respiratoria è uno dei segni più evidenti, debba considerarsi, secondo l'affermazione del suo Maestro LEOTTA, la migliore preparazione alla toracoplastica.

Modificazione della laringe nella tubercolosi polmonare.

Dott. PERRONE. — In tubercolotici polmonari trattati o no con pneumotorace, frenico-exeresi, toracoplastica è stato riscontrato una rotazione della laringe accompagnata qualche volta da incompleto sollevamento dell'epiglottide. Nessuna alterazione della voce.

Il Segretario: C. ROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Dermatosi ed equilibrio umorale.

Le cause più frequenti invocate per spiegare le malattie cutanee sono le intossicazioni endogene ed esogene, le insufficienze epato-renali, le disfunzioni endocrine.

Accanto a queste M. Fourcade (*Evolution thérapeut.*, n. 9, sett. 1926) ammette anche l'equilibrio umorale, nella sua triade di equilibrio acido basico, equilibrio minerale, ed energia leucocitaria.

I due primi rappresentano lo stato colloidale, il cui squilibrio provoca i noti disturbi di colloidoclasia.

È stato pertanto trovato che il pH urinario, ricercato in diverse ore della giornata, presenta un'alcalosi iniziale od un'alcalosi netta. L'alcalosi è più intensa all'inizio delle lesioni cutanee, diminuisce o sparisce a manifestazione cutanea sviluppata.

L'equilibrio minerale è alterato nel senso che vi è un eccesso di potasso e sodio negli umori ed una deficienza di calcio e magnesio. Infatti nei dermopatici il siero prelevato con ventose è più ricco di potassio che il siero di sangue; anche i liquidi d'essudazione cutanea, specie i flittenulari presentano una grande quantità di K.

La cura delle dermopatie si deve perciò ispirare sopratutto a rettificare il metabolismo minerale. Le pomate possono appena modificare le alterazioni cutanee e non la malattia organica: talora esse sono del tutto nocive.

L'A. come trattamento interno tiene a modificare l'equilibrio acido-basico, e quello minerale ed infine la resistenza leucocitaria, acidificando e remineralizzando l'organismo.

A tal uopo usa i sali di calcio; preferisce una specialità composta di cerio, di torio e di calcio; al calcio spesso associa l'acido fosforico. Per stimolare la resistenza leucocitaria, usa il trattamento preconizzato da E. Feuillé, consistente nella medicazione mercuriale.

L'alimentazione sarà composta di carne a preferenza, legumi verdi e frutta.

CARUSI

L'eritema nodoso.

È una malattia infettiva benigna, ad andamento di febbre eruttiva, con dolori reumatoidi ed eruzione cutanea, nodulare e rossa, soprattutto localizzata agli arti inferiori. Louis Ramond (*Conférences de Clin. Méd.* IV serie) ritiene che essa sia talora una malattia autonoma, talora sia invece una manifestazione eruttiva secondaria a setticemie diverse, specialmente la tubercolosi.

Come trattamento è consigliabile il riposo in letto per una quindicina di giorni. Lasciare che i malati si alzino troppo presto equivale ad esporli ad un nuovo attacco. La dieta, fino a che dura la febbre, sarà prescritta come segue: latte con acqua, brodo di legumi, tisane.

Come medicamenti, l'aspirina riesce meglio che il salicilato di sodio, che è invece più adatto per il reumatismo articolare acuto. Si daranno 2-4 cartine da 50 cg. di aspirina o di antipirina secondo l'intensità dei dolori. Buoni risultati dà anche il salofene (2-3 cartine da 1 g.) che si continua per 5-6 giorni.

Si ricorre poi allo joduro di potassio che alcuni autori considerano come specifico, prescrivendone 10 grammi in 300 di sciroppo di scorze di arancio amaro; un cucchiaio ai due pasti principali.

Gli arti malati si proteggono con dell'ovatta che diminuisce la durata dell'attacco eruttivo.

L'isolamento sembra inutile poichè il contagio sarebbe assai raro.

fil.

Orticaria da freddo.

Le teorie patogenetiche dell'orticaria si possono ridurre a due: teoria anafilattica e squilibrio endocrino.

Vi sono però forme di orticaria che non possono entrare in questa divisione, come l'orticaria da freddo, di cui G. B. Potestà (*Riforma Medica*, n. 46, 15 nov. 1926) riporta due casi.

Nel primo caso, ogni causa di raffreddamento provocava nella zona di contatto arrossamento, prurito, e dopo 10' un pomfo biancastro.

In un secondo caso, studiato più dettagliatamente, il contatto d'un corpo freddo provocava una sintomatologia analoga al precedente.

La contemporanea caduta della pressione sanguigna, la leucopenia, l'ipercoagulabilità del sangue fanno ammettere una reazione umorale generale, cioè una crisi emoclasica.

Lo studio dell'equilibrio vago-simpatico ha mostrato un certo grado di vagotonismo con le prove farmacodinamiche; le prove con sostanze opoterapiche hanno dato esito negativo.

La crisi emoclasica o lo stato anafilattico non sono sufficienti a spiegare il fenomeno dell'orticaria a frigore; si può piuttosto pensare che lo squilibrio vagosimpatico prepari il terreno ad uno squilibrio colloidale, ed alla sensibilizzazione dei vasi e tessuti della cute.

CARUSI.

TERAPIA.

Il trattamento medicamentoso del diabete.

I medicamenti nel diabete grasso non sono che un accessorio, mentre la parte importante è la dietetica; invece, nel diabete consuntivo, la dietetica è un semplice aiuto e l'insulina domina la situazione.

Mouriquand (*Précis de diètetique et des maladies de la nutrition*) cita fra i medicamenti del periodo glicosurico che hanno una certa azione antiglicemica l'antipirina col bicarbonato di sodio (ana cg. 50, 2 grammi al giorno); astenersene in caso di denutrizione, di acetonemia, di albuminuria. L'aspirina (2-3 g.), il piramidone (cg. 75, sempre *pro die*) si daranno con prudenza nelle forme nevralgiche senza acidosi. Così pure è raccomandato il chinino (cg. 75 - g. 1.50).

Gli arsenicali, inutili nel diabete grasso, sono dannosi in quello consuntivo e negli albuminurici. Si potranno dare ai diabetici semplici, astenici, prebacillari, meglio sotto la forma di liquore arsenicale del Fowler (5 gocce ad ogni pasto).

Gli alcalini attivano la glicolisi, ma sono controindicati negli anemici, nei debilitati, nei renali e sono invece indicati nei litiasici, nei gottosi, nei diabetici grassi, artritici. Si darà il bicarbonato di sodio (4-10 grammi al giorno, in soluzione 1/4 d'ora prima dei pasti).

I sali di manganese agiscono come ossidanti; nei depressi, si potrà prescrivere: biossido di manganese cg. 20; cloridrato di chinina cg. 10; polvere di noce-vomica cg. 1-2. Per una carta; 2-3 *pro die*.

Gli oppiacei (da maneggiare con estrema prudenza!) possono diminuire l'appetito vorace (polvere del Dover cg. 25; da prendere la sera).

La valeriana ha una certa influenza sulla polidipsia ed è soprattutto il medicamento del diabete insipido; la si dà in polvere (cg. 30) associata col bromuro di canfora (cg. 10); da prenderne 3 al giorno.

La noce vomica, la stricnina si daranno ai diabetici inappetenti, astenici e si eviteranno nei diabetici semplici non depressi e negli acetonemici. Si darà la tintura di noce vomica (10-20 gocce ad ogni pasto) od il solfato di stricnina (un mg. con un mg. di arseniato di sodio e 5 cg. di bromidrato di chinina; per una pillola; 2-4 *pro die*).

L'opoterapia epatica, pancreatica e tiroidea dà risultati incerti. *fil.*

Azione dell'insulina e dell'antagonista dell'insulina nel sangue diabetico.

L'iperglicemia diabetica (O. Loewi, *Wien. Mediz. Wochenschr.*, n. 38, 1926) non è soltanto conseguenza di un'esagerata glicogenesi, ma dipende in gran parte anche dall'inibita glicolisi. L'inibizione della glicolisi può essere in rapporto sia con l'assenza (o deficienza) del fermento glicolitico, sia con condizioni che ne impediscono l'attività. Le interessantissime ricerche di Loewi dimostrano che il fermento glicolitico non manca nei tessuti dei diabetici, ma che esso non agisce sul glucosio perchè non viene a contatto con esso: infatti nel diabetico è deficiente la fissazione del glucosio alle strutture, in cui esiste il fermento glicolitico. Eritrociti presi da sangue-FNa (il glucosio rimane inalterato nel sangue-FNa) assumono una certa quantità di glucosio se questo è sciolto in soluzione fisiologica o in plasma di non diabetici, mentre assumono molto meno glucosio (il 30 % di meno) se esso è sciolto nel plasma di diabetici. Il plasma dei diabetici dunque inibisce l'assunzione di glucosio da parte degli eritrociti. Ciò non è in rapporto con la deficienza di insulina nel plasma diabetico, perchè gli eritrociti assumono il glucosio nella stessa proporzione dal plasma dei non diabetici e da soluzione fisiologica, cioè da un mezzo privo di insulina; e nemmeno è in rapporto con lo stato fisiochimico del plasma diabetico, perchè la stessa inibizione dell'assunzione del glucosio si riscontra anche nel dializzato di plasma diabetico o nell'estratto alcoolico di tale dializzato, diluito in soluzione fisiologica. Nel plasma diabetico deve esistere una sostanza che inibisce l'assunzione di glucosio da parte delle cellule. L'insulina ha un effetto opposto: essa esagera l'assunzione di glucosio da parte di eritrociti umani. L'insulina non agisce però soltanto sulle cellule, ma in generale sulle strutture, ciò che dimostra che i fenomeni in questione non sono in rapporto con alterazioni di permeabilità, ma con la fissazione a strutture. Infatti, una poltiglia di vasi assume glucosio soltanto da soluzioni contenenti insulina, non da soluzioni prive di insulina. L'insulina dunque favorisce la fissazione del glucosio alle strutture, mentre il plasma dei diabetici inibisce tale fissazione non per la mancanza di insulina, ma per la presenza di sostanze ad azione antagonistica.

Queste sostanze antagoniste all'insulina si possono dimostrare anche nel plasma di animali normali, cui sia stata iniettata 2 ore prima dell'adrenalina.

L'iniezione di adrenalina ad animali prima iniettati di insulina, non fa aumentare che di poco la glicemia: il plasma di questi animali inibisce però fortemente l'assunzione di glucosio da parte degli eritrociti. Si deve dedurre da queste ultime esperienze, che l'insulina non inibisce la formazione, ma soltanto l'attività della sostanza

antagonistica. Infatti, anche in vitro, il plasma adrenalinato inibisce l'assunzione di glucosio da parte di eritrociti, il plasma con insulina la esagera, ed egualmente la esagera il plasma con adrenalina ed insulina.

Il plasma diabetico dunque contiene una sostanza che inibisce la fissazione del glucosio alle strutture, mentre l'insulina neutralizzando l'azione della sostanza inibente, favorisce la fissazione del glucosio. Il glucosio non fissandosi alle strutture dei diabetici, non può venire scisso dal fermento glicolitico: da ciò l'iperglicemia e le anomalie del ricambio. Infatti le esperienze in vitro dimostrano che la fissazione del glucosio agli eritrociti e la glicolisi vanno di pari passo. È probabilmente lecito generalizzare a tutte le strutture queste esperienze con eritrociti: infatti si può dimostrare un costante rapporto tra il grado dell'iperglicemia nei diabetici e la misura in cui il loro plasma inibisce la fissazione del glucosio agli eritroctii, cioè la quantità della sostanza inibente antagonista all'insulina. Il meccanismo di azione dell'insulina nella cura del diabete consiste nell'impedire l'azione della sostanza inibente antagonistica.

POLLITZER.

Gli incidenti delle cure prolungate di insulina.

Labbé riporta (*Bull. et mém. Société méd. hôpit.* 1926 n. 23), quattro osservazioni di accidenti riferibili all'ipoglicemia in diabetici da tempo curati.

Il primo p. era curato dal 1924 con regime ed insulina. In ottimo miglioramento nel marzo 1926 dopo l'iniezione di insulina fatta nel momento del pasto, e precisamente nella notte, è preso da benigni malesseri che sembrano in rapporto con stato di ipoglicemia.

Un altro p. diciottenne, era curato con insulina dall'inizio del 24: il peggioramento progressivo aveva costretto ad aumentare le dosi di insulina. Nell'aprile del 26, dopo una iniezione di 80 u. i., mezz'ora dopo il pasto, è colpito da delirio, con crisi di pianto e riso, a mala pena si regge sulle gambe, quasi fosse in preda ad acuto alcoolismo. Addormentatosi, si sveglia l'indomani senza ricordar nulla. In seguito, persistendo la cura con 76-80 unità al giorno, il p. accusa disturbi passeggeri della vista perduranti un'ora nel dopo pranzo. Il ragazzo via via ingrassa e migliora fortemente.

Un terzo malato a più riprese in stato di coma o precoma, deve la vita all'insulina. Con la dieta sembra che la malattia vada verso la regressione: non v'è acidosi, la tolleranza verso gli idrati di carbonio è migliore. L'insulina giornaliera viene ridotta da 60 a 40 U. In tali condizioni nel maggio, dopo una seconda iniezione di insulina di 30 U. piomba in sincope dalla quale si riebbe dopo l'iniezione intravenosa di 250 gr. di siero glucosato, dopo l'ingestione di 1150 cc. di latte e 5 grammi di zucchero. Quindici giorni dopo, a circa tre ore di distanza dall'iniezione di 30 U. I., è colpito da sudori, tremori, perdita della conoscenza, convulsioni con deviazione coniugata della testa e degli occhi, contrattura dei muscoli delle gambe, cianosi del viso. Gli si iniettano nelle vene 750 cc. di siero glucosato, sotto la cute 10 cc. di olio canforato, un mmgr. di adrenalina; gli si fanno sorbire 100 cc. di succo di uva sterilizzato. Dopo due ore di coma completo il p. riprende la conoscenza: di nuovo gli si danno 250 cc. di succo d'uva. Alla sera, le urine non contengono nè glucosio nè corpi acetonici. L'indomani leggera cefalea senza altro malessere.

Un'altra p. curata per diabete già da due anni e mezzo, verso i primi di dicembre 1925, narra ai medici che nella notte precedente, alcune ore dopo la seconda iniezione di insulina, aveva provato un grande malessere, era caduta in coma ed aveva avuto scosse epilettiformi. Crisi simili si erano ripetute per due giorni di seguito. Avendo riscontrato i medici una forte acidosi, la p. riceve in uno con idrocarbonati, forti dosi di insulina. L'indice di acidosi scompare, ma le crisi di coma con epilessia si sono riprodotte: l'esame del sangue fece allora rivelare che esse erano in rapporto con uno stato ipoglicemico.

La fisionomia clinica di tutti questi incidenti li fa attribuire all'ipoglicemia; in alcuni sono stati benigni, in altri gravi. In alcuni la diagnosi era facile in altri era esitante. La controprova è stata la loro scomparsa dopo l'iniezione intravenosa di glucosio. Nella quarta p. la glicemia aveva subito un modesto abbassamento: non bisogna pur tuttavia meravigliarsi di veder comparire contemporaneamente fatti ipoglicemici: questo fatto è stato constatato anche in altri. Sembra che l'uomo sia più sensibile all'ipoglicemia degli altri animali, e che possa presentare accidenti di ipoglicemia a malgrado un moderato abbassamento dello zucchero del sangue; sembra anche che i vari individui siano diversamente sensibili all'azione dell'insulina. D'accordo con Gladis Boyd, Joslin, Allen, Bowcock, Wood, bisogna ritenere che la comparsa di crisi di ipoglicemia in diabetici con tutti indici di miglioramento, debba essere considerata come un segno favorevole, segno di miglioramento e di evoluzione verso la guarigione, verso il ricupero della funzione pancreatica. È probabile che la dose di insulina prescritta all'inizio, è venuta a poco a poco ad essere eccessiva. Ad ogni modo

gli esempi dei vari AA. debbono far richiamare l'attenzione sulla necessità di sorvegliare strettamente ogni cura insulinica.

MONTELEONE.

Iperglicemia con aglicosuria nei diabetici insulinizzati.

R. Major e R. Davis (*Journ. A. M. A.*, 13 giugno 1925) hanno osservato in parecchi casi glicemie del 3 e del 4 per mille senza glicosuria in diabetici insulinizzati: la cura insulinica fu fatta seguendo la quantità di zucchero eliminato con le urine e fu soddisfacente. Pensano, o ad un'abnorme elevazione della soglia renale pel glucosio e forse ad una modificazione dello zucchero sanguigno ad opera dell'insulina, tale che, pur essendone mutata la costituzione chimica, riduca ancora i sali di rame.

DORIA.

L'insulina per via orale.

I risultati di W. B. Meyer e A. Oppenheimer (*Deut. Mediz. Woch.*, ott. 1926) possono essere enunciati con assoluta uniformità come completamente negativi. In nessun caso hanno osservato il più minimo risultato.

Ciò sicuramente è molesto, fino ad un certo punto, per il medico e per l'infermo; ma di fronte ai risultati ottenuti il diabetico non può scegliere. Se vuole ottenere l'effetto insulinico deve valersi delle iniezioni.

A. POZZI.

SEMEIOTICA.

L'eosinofilia sanguigna negli stati anafilattici.

Già da molto tempo numerosi autori, specie tedeschi, avevano pensato che potesse esservi, fra le sindromi anafilattiche, un legame rappresentato dalla eosinofilia ematica, sia come sintomo diatesico che come manifestazione della crisi anafilattica.

Sindromi anafilattiche sono in molti casi: l'asma, la febbre da fieno, la coriza spasmodica, l'orticaria, l'edema di Quinke, l'emicrania.

Consultando la letteratura di tali argomenti e della anafilassi sperimentale Pasteur, Vallery, Radot, Blamoutier, Claude, Giroud (*Presse Méd.*, 22 dicembre 1926) hanno notato come l'eosinofilia, fatto costante nell'asma, sia nelle altre sindromi anafilattiche un reperto incostante.

Gli autori hanno compiuto allora delle ricerche nelle diverse forme di anafilassi ed hanno riprodotta questa sperimentalmente. Gli esami ematologici sono stati eseguiti in 253 malati ed hanno dato i seguenti risultati:

L'eosinofilia esiste nelle crisi di anafilassi respiratoria (nel 76 % di attacchi d'asma, nel 74 % di manifestazioni di febbre da fieno, nel 54 % di coriza spasmodica); nelle altre forme è incerta (nel 26 % nell'orticaria, non esiste nell'emicrania nè nell'edema di Quinke). Nelle crisi emoclasiche sperimentalmente prodotte mai gli autori hanno riscontrato l'eosinofilia, la quale quindi non può essere considerata come un legame dei varii stati anafilattici, ma solo come uno dei segni più frequenti nel corso delle crisi di anafilassi di ordine respiratorio.

M. COLOMBO.

Sull'eosinofilia nei liquidi gastrici.

In molti processi intestinali sia di origine infiammatoria che parassitaria si notano eosinofilie locali, accompagnate a volte anche da eosinofilia ematica.

Pure frequente è il reperto di cellule eosinofile nel liquido gastrico, anzi, la loro presenza, in casi di diagnosi dubbia, può avere un certo valore. Nel cancro dello stomaco tale reperto si può dire è quasi costante, ma mentre alcuni AA. affermano che esso è più frequente negli epiteliomi ed eccezionale nei carcinomi e nei sarcomi, altri AA. hanno osservato eosinofilie nei carcinomi ad epitelio pavimentoso, sopratutto a livello delle parti necrosate, Bonorino Udaondo (*Arch. de Cardiol. y Hemat.*, dic. 1926) in 6 casi di achillia gastrica organica, (una cancerosa, una per gastrite cronica e quattro per fattore esogeno, alcoolismo in tre, tubercolosi in una) ha osservato constantemente presenza di cellule eosinofile, senza che in nessuno dei sei casi la formula leucocitaria mostrasse un aumento di eosinofili.

Eseguendo invece le medesime ricerche in casi di achillia funzionale, permanente o transitoria, mai l'A. ebbe a riscontrare eosinofilia gastrica locale.

A. POZZI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul significato patologico dei vasi renali accessori.

Il frequente reperto di arterie renali accessorie si spiega facilmente studiando lo sviluppo embriologico del rene e della regione nella quale esso è situato. Infatti, secondo R. Andler (*Zeit. f. Uro. Chir.*, vol. XIX, fasc. 5-6) in stadii molto precoci dello sviluppo le arterie renali sono in numero variabile, ma molto considerevole.

A causa della presenza di vasi renali accessori che vanno al polo renale inferiore si può produrre una stasi nella pelvi. Però ciò non signi-

fica che l'esistenza di tali vasi debba sempre dar luogo a una dilatazione idronefrotica. I vasi renali accessori non devono essere considerati in senso stretto come l'unica e la primitiva causa di una idronefrosi. Perchè questa si formi è necessario che coesistano alcune determinate circostanze che favoriscono l'impedito deflusso della pelvi per parte dei vasi. La pelvi o la prima porzione dell'uretere può venire a contatto coi vasi accessori nei modi seguenti, per aversi da parte di questi una compressione del lume delle vie di deflusso del rene:

a) per dislocazione del rene;

b) per piccole pielectasie o dilatazioni dell'uretere, dovute a cause dinamiche, cioè nelle quali non si rinvengono cause meccaniche, che secondariamente vengono ingrandite dall'ostacolo al deflusso opposto dai vasi accessori.

Nelle grosse dilatazioni della pelvi, spesso per la presenza del cordone vasale si forma uno sperone presso lo sbocco dell'uretere che può rappresentare una specie di chiusura valvolare e costituire un ulteriore ostacolo al deflusso.

La diagnosi si può porre collo studio della funzione e della secrezione del rene malato e colla pielografia. Naturalmente tanto migliore è la prognosi quanto la diagnosi è più precoce.

La terapia ideale consiste in un intervento eseguito negli stadi iniziali della lesione, e consistente nella sezione dei vasi e nefropessi. Si può così conservare un rene funzionante. Nella Clinica di Tübingen dove lavora l'A. non hanno mai osservato disturbi nella nutrizione di tratti di parenchima renale dopo tali operazioni. Se l'indicazione operatoria è posta correttamente esse conducono a una radicale guarigione.

Se si è già formato uno sperone la semplice sezione dei vasi non è più sufficiente. Con una operazione plastica bisogna distruggerlo, a meno che, specie se si tratta di un rene scarsamente funzionante e ben compensato dall'adelfo, non si preferisca eseguire una nefrectomia. Nei casi nei quali l'affezione sia bilaterale, o per altre cause l'altro rene non abbia una perfetta funzione, c'è naturalmente la netta indicazione a una terapia conservativa. Invece una idronefrosi infetta è una controindicazione a operazioni conservative, sempre l'altro rene permettendo. Siccome negli stadii iniziali della malattia è difficile porre una diagnosi certa, l'A. consiglia di esplorare il rene anche in casi un po' dubbi per essere in grado di poterlo conservare con un intervento relativamente semplice. Riferisce 13 casi operati da Perthes.

MANFREDO ASCOLI.

Il rene come filtro pei batteri.

Helmholz e Millikin (*Journ. A. M. A.*, 13 giugno 1925) hanno osservato che iniettando germi virulenti nel sangue (stafilococco, coli, streptococco emolitico) questi non compaiono nelle urine prima di 5 a 7 ore, talora solo dopo 20 ore. Germi poco virulenti (stafilococco, streptococco viridans) compaiono tardi o non compaiono affatto, neanche sotto intensa diuresi. Ciò induce a credere che i fagociti liberi e quelli del sistema reticolo endoteliale distruggono i batteri circolanti, onde questi non possono essere escreti dal rene che per effetto di una lesione delle sue strutture.

DORIA.

VARIA.

L'Associazione Medica Americana.

A questa poderosa Associazione sono iscritti circa 90,000 dei 145,000 medici degli Stati Uniti d'America.

Ha lo scopo di migliorare la scienza e l'arte della medicina sotto tutti gli aspetti, e più specialmente in quanto concerne la salute pubblica.

I suoi uffici hanno sede nella bella Chicago; sono allogati in uno splendido edifizio, ove si stampano anche i periodici éditi dall'Associazione. Questi periodici sono numerosi; il più importante è dato dal « Journal of the American Medical Association » che va a tutti i soci (è senza dubbio il migliore periodico di medicina generale che oggi veda la luce in tutti i Paesi). Altri periodici dell'Associazione sono: « Archives of internal Medicine », « Archives of Surgery », « Archives of Neurology and Psychiatry », « Archives of Dermatology and Syphilology », « American Journal of Diseases of Children », « Hygeia », « Quarterly Cumulative Index Medicus ».

In seno all'Associazione è costituito un « Consiglio di Farmacia e Chimica », organizzato nel 1905 e che ha lo scopo di proteggere i medici e il pubblico contro le frodi dei rimedi segreti; esso dispone di un ricchissimo laboratorio; ne fanno parte clinici, farmacisti, batteriologi e chimici, nonchè un ufficio di 15 tecnici. L'Associazione comprende anche un Ufficio per le ricerche scientifiche, un Ufficio per l'insegnamento e numerosi altri Consigli e Comitati.

(Da J. Rodriguez Fornos, « Actividades y organisación médico-quirurgica en los Estados Unidos », 1926; rif. in *Rev. Méd. de Barcelona*, dicembre 1926).

Il dott. George H. Simmons, cui si deve la fondazione e lo sviluppo del « Journal A. M. A. », ha raggiunto in questi giorni il suo 70° anno.

L'Associazione Medica Britannica.

Il 25 novembre 1926 questa Associazione contava 32.330 soci, il che significa un aumento di oltre 12,000 dal tempo della guerra mondiale; e di essi quasi 2000 furono guadagnati negli ultimi 12 mesi.

L'Associazione dispone di vari premi: Middlemore di oftalmologia, Stewart per le malattie epidemiche, Hastings per stimolare i medici pratici all'osservazione e alla ricerca originale; ora se ne è aggiunto uno, di Katherine Bishop Herman, per lo studio della patologia della maternità; esso fu annunziato all'ultimo Congresso, adunatosi nello scorso luglio a Edimburgo, sotto la presidenza di sir R. W. Philip; dal 1898 l'Associazione non era convenuta nella capitale della Scozia.

(Dal *Brit. Med. Journ.*, 4 dic. 1926, supplem.).

Le grandi famiglie di medici.

Bruxelles-Médical del 2 gennaio reca questa notizia: il dott. Florenzio Focquet, che esercita la medicina a Couvin, vanta tre figli medici: Edmondo, Nestore (defunti) e Luigi, stabilito a Liegi; quest'ultimo ha due figli medici: Roberto, dell'Esercito belga, e Paolo, stabilito a Namur, e nella sua parentela prossima conta due cognati e un nipote, tutti medici. Lo stesso periodico del 9 gennaio dà notizia di un'altra famiglia ricca di medici: lo studente del 3° anno di medicina Luigi Laurent conta il padre, i due nonni e i quattro bisnonni tutti medici, e ancora: uno zio di 1° grado, un prozio e parecchi cugini.

La mortalità dei medici negli Stati Uniti.

H. Emerson e H. E. Hughes (*Amer. Jour. Pubbl. Health*, nov. 1926) hanno elaborato statisticamente i dati consegnati nei registri dell'« American Medical Association » e nel « Journal » dell'Associazione stessa, per il 1925, confrontandoli con i risultati del censimento eseguito nel 1920.

Risulta che la mortalità fu decisamente più bassa, per i medici, rispetto a quella generale, tra le età di 25 e 44 anni e sopra i 65 anni, e quasi identica tra 45 e 64 anni. La mortalità dei medici è però più alta di quella generale per alcune malattie: cardiopatie organiche, polmonite e diabete; il contrario avviene per le nefriti croniche, la tifoide, la tubercolosi polmonare e le morti violente, fatta eccezione per il suicidio.

Il 60 % dei medici degli Stati Uniti nel 1925 contava da 45 anni in sopra, mentre fra il 1890 e il 1910 la proporzione dei medici sopra i 45 anni era stata incirca di 40 %: questo comportamento corrisponde al prolungarsi della vita media. Esso prova che, nel periodo più attivo della loro vita, che cade fra 45 e 64 anni, i medici non sono più esposti del rimanente della popolazione a cause che compromettono la vita.

Alcune malattie, come la tubercolosi, sono probabilmente meno frequenti tra i medici perchè questi sanno riconoscerne i primi sintomi e mettono in opera cure anticipate efficaci.

Pletora medica in Germania.

Il dott. Meese di Lipsia pubblica uno studio sulle prospettive della professione medica, nel quale si rilevano cifre e si leggono avvertimenti che faranno meditare anche fuori di Germania.

È raccomandabile in questo momento lo studio della medicina ai giovani che escono dal liceo?

Gli studenti iscritti presso le varie Facoltà di medicina della Germania superano del 100 per 100 la riserva normale per colmare i vuoti dei professionisti attualmente attivi. Il corso di medicina è — fra tutti i corsi accademici — il più lungo e il più dispendioso. La vastità del campo scientifico, obbligando il medico alla specializzazione, limita la cerchia dei suoi possibili pazienti, sì che uno specialista deve lavorare dieci o dodici anni prima di formarsi una clientela che gli permetta di vivere decorosamente.

Prima della guerra si contava un medico per 2270 persone: oggi ce n'è uno ogni 1475, e nelle grandi città uno ogni 900.

Alle osservazioni del dott. Meese se ne possono aggiungere altre fattemi da una personalità del mondo medico berlinese e che cioè non solo il numero dei medici è cresciuto in modo impressionante quanto la salute pubblica — grazie al popolarizzarsi delle cognizioni igieniche, delle consuetudini sportive — è in genere migliore che per il passato.

Qualche tempo fa, occupandosi del medesimo problema, il redattore scientifico di un giornale berlinese lanciava una proposta radicale: chiudere la Facoltà di medicina in tutta la Germania per la durata di dieci anni. « Abbiamo — diceva — tanti medici da smaltire! ». Così la *Gazzetta del Popolo*.

Pletora medica in Spagna.

Gli studenti di medicina di Barcellona, Granata, Santiago, Valladolid e Siviglia hanno indirizzato al Governo una petizione nella quale chiedono una riduzione, da ora in poi, del numero degli inscritti alle Facoltà di medicina. Questo numero è così elevato da costituire una vera minaccia per la professione. Le Università della penisola contano il 40 % degli studenti avviato all'esercizio sanitario.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Disposizioni per l'uso di sieri, vaccini e affini e per la produzione di autovaccini.

(R. D. L. 25 novembre 1926, n. 2164 - n. 2470, in *Gazz. Uff.* 31 dicembre, n. 301).

Art. 1.— L'impiego nell'uomo dei prodotti terapeutici od immunizzanti, contemplati dall'art. 132 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, e dall'art. 12 del r. d. legge 7 agosto 1925, n. 1732, anche se non preparati a norma del citato art. 132, è consentito solo in istituti pubblici o di carattere ospedaliero, siano o non universitari, ed in pubblici ambulatori autorizzati dal prefetto, sotto la responsabilità del dirigente l'Istituto, il reparto o l'ambulatorio nel quale avviene l'impiego stesso.

Dell'impiego il nominato dirigente deve conservare esatta registrazione e dare notizia scritta al capo dell'amministrazione o dell'ente, dal quale l'istituto, il reparto o l'ambulatorio dipendono.

Nel caso dell'impiego dei prodotti sopraindicati nei pubblici ambulatori autorizzati, la notizia scritta dell'impiego stesso, con le opportune indicazioni circa le persone trattate, deve essere data anche all'ufficiale sanitario comunale, e da questo al medico provinciale.

Art. 2. — Il prefetto può, in qualunque momento, vietare l'impiego dei prodotti, di cui all'articolo precedente, in base a rapporto del medico provinciale.

Del divieto viene dal prefetto data comunicazione al capo dell'amministrazione interessata, a mezzo del sindaco, ed al ministero dell'interno.

Art. 3. — La preparazione degli « autovaccini » deve effettuarsi esclusivamente presso istituti, ospedali, laboratori di vigilanza igienica provinciali, comunali ed altri, che abbiano ottenuta l'autorizzazione del ministero dell'interno a seguito di domanda del dirigente dell'Istituto, dell'ospedale o del laboratorio, o previa ispezione tecnica a spese dell'interessato.

Art. 4. — Ai contravventori si applicano le disposizioni di cui all'art. 135 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636.

Art. 5. — Il ministero dell'interno pubblica annualmente l'elenco dei prodotti dei quali è autorizzata la vendita a norma dell'art. 132 del testo unico delle leggi sanitarie, e dell'art. 12 del regio decreto-legge 7 agosto 1925, n. 1732.

Di ogni nuova autorizzazione è dato annunzio nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno.

Art. 6. — Il presente decreto sarà presentato al Parlamento per la sua conversione in legge.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

X. — Deroghe al divieto di aumenti dello stipendio al personale degli enti locali.

Il decreto legge 25 novembre 1926 n. 2108, pubblicato nella *Gazz. Uff.* del 21 dicembre n. 293 ha disposto così:

Art. 1. Fermo restando il divieto di qualsiasi aumento delle retribuzioni e delle pensioni al personale degli enti locali, stabilito dall'art. 1° del r. d. legge 16 agosto 1926, n. 1577, le province, i comuni e le istituzioni pubbliche di beneficenza, quando ricorrano urgenti ed inderogabili esigenze dei pubblici servizi in dipendenza dell'ampliamento della circoscrizione territoriale dell'ente, ovvero rilevanti trasformazioni nel funzionamento dei servizi stessi, potranno essere autorizzati dalla Giunta provinciale amministrativa ad aumentare, nel numero strettamente indispensabile, i posti relativi:

1) al personale tecnico delle aziende municipalizzate soggette a trasformazione o ad ampliamento;

2) al personale direttamente addetto ai servizi riorganizzati in dipendenza dell'ampliamento della circoscrizione territoriale, restando escluso, però, in via assoluta, ogni aumento di personale amministrativo, contabile, d'ordine o di basso servizio, addetto agli uffici.

Contro il provvedimento della G. P. A. è ammesso il ricorso in via gerarchica al Ministero dell'Interno, anche da parte di qualsiasi contribuente.

Il presente decreto entra in vigore dalla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno e sarà presentato al Parlamento per la conversione in legge; il ministro proponente è autorizzato alla presentazione del relativo disegno di legge ».

Queste disposizioni avranno, per i sanitari, un'applicazione limitata, non essendo facile che si verifichino per essi le condizioni previste nel decreto. Tuttavia abbiamo creduto opportuno di segnalarle, per conoscenza.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Si comunica agli iscritti all'Ordine non ancora in regola con la quota del 1926, che il termine utile per il pagamento della stessa è improrogabilmente fissato al 15 marzo prossimo; dopo la qual data sarà immediatamente proceduto alla cancellazione dall'Albo degli iscritti ancora morosi.

ATTI UFFICIALI.

Pro maternità e infanzia.

Il Regolamento per l'esecuzione della legge che istituisce l'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia, stabilisce che possano essere ammesse alle forme di assistenza e protezione praticate dall'Opera stessa, le gestanti e le madri nubili o vedove abbandonate o prive di sufficienti risorse; ogni gestante o madre legittimamente coniugata che sia stata abbandonata dal marito, oppure abbia il marito degente in Istituto di cura, o ricoverato in un Istituto di beneficenza o detenuto in carcere, o in condizioni che non gli consentano di provvedere al mantenimento della famiglia. È da notare che per tali ammissioni non si richiede lo stato di povertà, inteso come assoluta mancanza di tutto il necessario. Basta invece che la donna sia abbandonata, o priva di sufficienti risorse; che cioè manchi di persone che vogliano e possano prestarle la necessaria assistenza, oppure non abbia in misura sufficiente quanto le occorre per una conveniente assistenza, secondo la sua condizione individuale e sociale.

Gli stessi criteri sono altresì applicabili per valutare, agli effetti dell'assistenza, lo stato di bisogno di una donna legittimamente coniugata, che si trovi in una delle speciali condizioni previste dal Regolamento.

Allo scopo di favorire l'allattamento materno, il Regolamento stabilisce il principio che possano essere ammesse all'assistenza soltanto quelle madri che allevino direttamente i rispettivi bambini; salvo che si tratti di donna riconosciuta fisicamente incapace di allattare, oppure ragioni di indole igienico sanitaria, o speciali condizioni di ambiente, o motivi di ordine morale, esigano la separazione del bambino dalla madre.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Gravina in Puglia; al 31 mar., ore 12; L. 16,500 e 4 quadr. dec.; divieto di eserc. profess. tranne consulenza e direz. di laborat. micrografico; titoli ed esami; età lim. 45 a.; tassa L. 50.20 alla Tesoreria comunale di Gravina i. P.; serv. entro 30 gg.

CAMERINO. *L. Università.* — Professore non stabile di anatomia umana normale. Scad. 30 apr. (D. M. 31 dic. 1926 pubblicato sulla *G. U.* 29 genn. 1927).

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Prima cond. medico-chirurgica, con resid. capol. Popol. abit. 2238. Cura grat. pov. Stip. iniz. L. 9500 (quota fissa) e L. 2000 (quota variab.). Aumento un decimo per sei quadr. Scad. 31 marzo. Per altre informaz. rivol. Sindaco.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari pei Comuni di Castrovillari, Rossano e S. Giovanni in Fiore con lo stip. di L. 7000, pel Consorzio Scalea-Santa Domenica Talao e S. Nicola Arcella e pel Consorzio Fuscaldo-Acquappea-Guardia Piemontese con lo stip. di L. 8000; scad. 30 aprile; età mass. 40 a.; tassa L. 50.20; titoli ed esami: docum. prescritti art. 7 R. D. 29 nov. 1923, n. 2266.

FERRARA. — Medico aggiunto in 2ª presso l'Ufficio d'Igiene; L. 10,100 e 5 quadrienni dec., L. 1500 indenn. ufficio, L. 2500 assegno complement. variabile; ricostruzione parziale carriera. Età lim. 40 a. Tassa L. 50. Scad. ore 16 del 15 marzo.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e direttore dell'Ufficio Municip. d'Ig. del Comune di Genova unificata; ab. 602.573; kmq. 234.77; stip. L. 25.000 e 10 bienni di L. 1250; c.-v.; L. 3000 trasf.; ecc. Divieto esercizio libero. Scad. ore 17 del 25 aprile. Docum. a 3 mesi dal 21 feb. Titoli in 7 esemplari. Eventualmente esami. Chiedere annunzio.

MOGLIANO (*Macerata*). — Scad. 31 mar.; 2ª condotta; L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v. in L. 1620 se coniugato, L. 1200 se celibe; L. 2500 trasp.; L. 800 indenn. supplettiva straordinaria; L. 1000 uff. san.; età lim. 40 a.

MONTESPERTOLI (*Firenze*). — Al 20 mar., terza cond.; L. 8500 e 8 trienni dec.; riconoscim. servizio in altri comuni per almeno 12 anni; due c.-v. e indennità supplettiva, ridotte di L. 780 conglobate nello stip.; per cavalc. L. 3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; docum. a 6 mesi; serv. entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

POZZUOLO DEL FRIULI (*Udine*). — Scad. 17 mar.; L. 8000; serv. att. 500; uff. san. L. 900; trasp. L. 3000; doppio c.-v.

RE (*Novara*). — Consor. 5 comuni; kmq. 5; ab. 1314; L. 9000, oltre L. 500 uff. san.; L. 150 ambulat.; L. 1200 c.-v.; alloggio. Scad. 20 mar. Doc. a 3 mesi. Tassa L. 50.05.

ROMA. *Brefotrofio.* — Aiuto medico; titoli; contratto a termine. Scad. ore 12 del 15 marzo. Chiarimenti presso la Segreteria.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Conc. per la nom. di 8 tenenti medici in S. P. nel Corpo sanit. maritt.; scad. 5 maggio; vedi fasc. 9.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 28 assistenti medico-chirurghi. Vedi fasc. 7. Scad. 21 marzo.

S. URBANO (*Padova*). — A tutto 10 mar.; L. 9000 oltre L. 3000 cav., L. 600 ambul., c.-v., 5 quadrienni dec.; fitto casa abitaz. L. 1000.

SPOLETO (*Perugia*). — Scad. 10 mar.; per Baiano; L. 8000, oltre L. 2100 serv. att., c.-v., due bienni di L. 600 e 2 trienni di L. 700; indennità trasp. (L. 500 bicicl.; L. 2000 motociclo; L. 4000 cavalcat. o automobile).

TORINO. *Ospedale Maggiore di S. Giovanni B. e della Città.* — Primario oto-rino-laringoiatra; incompatibile con qualsiasi contemporanea funzione nella R. Clinica oto-r.-l.; titoli; scad. ore 17 del 29 marzo.

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria.* — Assistente esterno Sezione di Ostetricia e Guardia Ostetr. est.; scad. ore 17 del 16 marzo.

TREVISO. *Opere Pie Riunite Ospedale Civile ed Istituto Esposti con Maternità.* — A tutto il 9 mar., direttore medico-anatomo-patologo; L. 24,000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; emolumenti ricerche di gabinetto; professione libera nella specialità compatibilm. con le esigenze del servizio. Rivolgersi Segreteria.

VALENZANO (*Bari*). — Scad. 10 mar.; L. 10,000 annue e 5 quadrienni di L. 500 ciascuno, senz'altro assegno. Chiedere avviso.

VENEZIA. *R. Accademia di Belle Arti.* — Professore di anatomia. Doc. al Ministero della P. I., Direz. gen. per le Antichità e le Belle Arti. Scad. 31 marzo.

CONCORSI A PREMI.

Premio Galligo.

L'Accademia Medico-Fisica Fiorentina bandisce il concorso triennale per lavori di sifilografia e pediatria di L. 500 (*sic*) istituito dal fu cav. dott. Isacco Galligo. Il termine utile per la presentazione dei lavori scade col 31 dicembre 1927. Il premio sarà conferito secondo le norme di uso che s'invia a richiesta. Rivolgersi alla Segreteria (via Alfani 33, Firenze).

Erratum. — Nel n. 5, pag. 185, col. sinistra, linee 23-25, al posto 10 cg. di calomelano, leggere 1 cg.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Abbiamo già annunziato, nel N. 8, che il prof. PIETRO SISTO, da molti anni nostro collaboratore, è stato, in seguito a concorso e a chiamata unanime della Facoltà, nominato titolare della Clinica Medica Generale della R. Università di Modena.

La preparazione del prof. Sisto si è compiuta diligentemente e pazientemente nella Università di Torino attraverso ai laboratori di Anatomia e Istologia umana normale sotto la direzione del prof. R. Fusari, di Anatomia Patologica diretto dal prof. P. Foà, di Fisiologia diretto dal prof. A. Mosso. In seguito in qualità di assistente dal 1907 al 1910 e di aiuto dal 1910 al 1925 dell'Istituto di Patologia Speciale Medica e di Clinica Medica Propedeutica di Torino sotto la guida del prof. A. Ceconi venne a poco a poco compiendo e perfezionando la sua educazione clinica.

Da questo momento riconosciuta in pubblici concorsi l'importanza dei titoli e dei contributi scientifici del prof. Sisto, egli procede rapidamente verso la mèta: incaricato nel novembre 1925 dell'insegnamento della patologia speciale medica a Siena, in seguito a concorso viene nominato professore non stabile della materia a Siena nel marzo 1926 e al 1° gennaio 1927 professore di clinica medica a Modena.

La preparazione minuziosa, graduale del prof. Sisto risulta dalla sua produzione scientifica, che toccando i vari campi delle dottrine mediche si estende dalla anatomia e istologia normale a quella patologica, alla chimica, alla fisico-chimica, alla biochimica, alla batteriologia, alla serologia, per culminare nella produzione propriamente clinica.

I contributi principali riguardano le ghiandole emolinfatiche, la lattasi, le opsonine, le emolisine, le anemie, le polmoniti, il granuloma maligno, l'anchilostomiasi, la febbre sifilitica, l'endocardite, ecc.

Negli ultimi otto anni la sua attività scientifica fu diretta specialmente allo studio della colesterinemia nelle più varie condizioni morbose, indi a quello della elettrocardiografia. In questo argomento i risultati degli studi del prof. Sisto furono molti e svariati, avendo egli approfonditi diversi argomenti riflettenti il comportamento dell'elettrocardiogramma umano nelle varie cardiopatie e in diverse forme di aritmia. Egli ha trattato anche in modo sintetico la questione in una Relazione al XXVI Congresso di Medicina Interna.

Allo scoppiare della guerra il prof. Sisto chiese ed ottenne di essere inviato subito in zona di guerra ove rimase per tutta la campagna ininterrottamente. Pur trovandosi in zona di operazioni, egli non dimenticò la sua passione agli studi e potè pubblicare notevoli contributi di clinica e patologia castrense come quelli riflettenti l'avvelenamento da gas asfissianti che egli potè studiare molto da vicino durante uno degli attacchi più disastrosi; l'ittero epidemico: la febbre volinica.

Della sua attività come insegnante e come organizzatore diede prova durante il breve tempo in cui fu titolare della cattedra di patologia speciale medica a Siena organizzando un Istituto completamente nuovo.

La passione che egli ha sempre dimostrato per i problemi clinici, l'analisi minuta cui sempre si è dedicato col diuturno studio dell'ammalato, il suo modo di concepire l'insegnamento clinico, chiaramente espresso nella Prelezione applauditissima che egli lesse nella Sala delle conferenze dell'Ateneo Modenese il 15 gennaio 1927, dimostrano quale importante acquisto abbia fatto la Clinica Italiana nel prof. Sisto. M. V.

Nella R. Università di Genova, in seguito alle volontarie dimissioni del prof. Innocente Clivio, è stato nominato preside della Facoltà di medicina e chirurgia, per il biennio accademico 1926-27, il prof. Pietro Canalis, stabile di igiene e polizia medica.

Nella R. Università di Bari, con la cessazione dall'ufficio di preside della Facoltà di medicina e chirurgia del prof. Giuseppe Favaro, è stato nominato il prof. Antonino Contino, stabile di clinica oculistica.

Nella R. Università di Catania, come preside di detta Facoltà, è confermato il prof. Raimondo Felletti, stabile di clinica medica. Nella R. Università di Modena è nominato allo stesso ufficio il prof. Arturo Donaggio, stabile di clinica delle malattie nervose e mentali.

Alla Società Medica Chirurgica di Bologna per il biennio 1927-28 sono stati eletti: presidente: prof. Giacinto Viola; vice presidente: prof. Enrico Boschi; segretario: prof. Giovanni Cavina; bibliotecario: prof. Aldo Avoni; direttore del Bullettino delle Scienze Mediche: prof. Ivo Novi.

Il dott. Giulio Agostini, medico primario dell'Ospedale Psichiatrico di Perugia, sostenendo brillantemente la prova didattica, ha recentemente conseguito la libera docenza in clinica delle malattie mentali e nervose. La Commissione esaminatrice lo ha dispensato dalla prova clinica ed ha all'unanimità giudicato essere il neo libero docente in possesso dei più lodevoli requisiti.
Rallegramenti.

La Cassa di Risparmio di Venezia, per onorare il Patrizio, il Lavoratore e lo Scienziato Giuseppe Gradenigo, aveva stabilito un premio per la compilazione di un lavoro di indole popolare « sulla profilassi della tubercolosi laringea ». Di sei concorrenti la Commissione giudicatrice ha dichiarato degno del premio il dott. Mario Silvagni, di Roma.

Nel concorso bandito dalla Ditta Zoja di Milano per lavori riguardanti la « Forgenina prof. Piccinini », la Commissione ha aggiudicato il primo premio (L. 5000) al dott. C. Provinciali, dell'Istituto Farmacologico della R. Università di Milano, per un lavoro sperimentale documentante il meccanismo di azione della « Forgenina ». Hanno pure conseguito premiazioni: il dott. F. Coda di Villalvernia (Alessandria), il prof. V. Luccarelli della R. Università di Parma, il dott. R. Sacchi di Scandicci (Firenze), il dott. F. Pellegrini di Asciano (Siena), il dott. L. Sanfelici di Viadana (Mantova).

La accurata relazione della Commissione aggiudicatrice (composta dei proff.: on. U. Gabbi, presidente; L. Devoto, E. Alfieri, A. Valenti, e P. Boveri, relatore) verrà pubblicata nella « Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica ».

A tutti indistintamente i partecipanti al concorso la Ditta Zoja ha voluto assegnare una somma a titolo di « rimborso spese ».

Il premio Grassi, che viene assegnato, in esito a concorso per titoli, allo studente o laureato dell'Università di Pavia che presenti più interessanti memorie originali di medicina e chirurgia, è stato conferito per il biennio 1926-1927 al laureando Angelo Migliavacca dell'Istituto di Patalogia generale « Camillo Golgi ».

Il prof. Simon Ehrlich è nominato direttore della Clinica proctologica al Beth Israel Hospital di New York.

La Società Chimica di Londra ha assegnato il premio Edward Frank Harrison per il 1926 al dott. C. R. Harington per avere ottenuto la sintesi di laboratorio della tirossina, di cui la formola probabile risulta essere C_6 OH I_2 O_2 - O - C_6 I_2 O_2 CH_2 - CH - COOH. NH_3

NOTIZIE DIVERSE.

Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni.

Ha tenuto a Ginevra la sua IV Sessione con un importante programma. L'Italia vi era rappresentata dal dott. Alberto Lutrario e dal prof. Donato Ottolenghi.

Si è pure adunata a Ginevra la Commissione internazionale per la malaria, sotto la presidenza del dott. Lutrario.

L'Istituto oncologico di Milano.

La sottoscrizione aperta a Milano per l'« Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro » ha raggiunto la somma di L. 9,785,006.48.

Echi del centenario di Laënnec.

Il prof. Chauffard e il prof. Bar, in nome del Comitato pel centenario di Laënnec e dell'Accademia di medicina di Parigi, hanno espresso i loro vivi ringraziamenti al prof. V. Ascoli, delegato italiano, per il suo contributo personale all'organizzazione delle cerimonie del centenario e in particolare per il proposito manifestato dal professor Ascoli di contribuire a rendere più stretti i rapporti intellettuali tra le Nazioni.

La prelezione del prof. L. Ferrannini.

La notizia pubblicata sotto questo titolo nel n. 8, inviataci da Cagliari, era poco decifrabile il che spiega due errori di fatto nei quali siamo incorsi, e cioè: la prelezione venne tenuta a Cagliari e si riferisce alla clinica medica generale, di cui il prof. L. Ferrannini è divenuto titolare.

Ne chiediamo venia ai lettori e al nostro illustre amico, il quale fino a poche settimane addietro era a Napoli, incaricato dell'insegnamento di medicina del lavoro: donde il facile equivoco.

In onore del prof. Fiori.

L'11 febbraio numerosi colleghi, amici, camerati ed allievi del prof. Paolo Fiori ne hanno festeggiato, con un banchetto, la nomina a titolare della Clinica chirurgica dell'Università di Modena. Parlarono l'ing. Casati per i volontari di guerra, il prof. Donaggio per la Facoltà di medicina, l'avv.

Ruiz per l'Associazione combattenti, lo studente Gandolfi, il prof. Podestà a nome dei fascisti, l'avv. Ponzi ardito di guerra, il gen. Bobbio, comandante l'Accademia Militare, il colonn. Bussi, che definì il Fiori « italiano perfetto », il prof. Centanni, il prof. Marchetti ed altri. Rispose il festeggiato ringraziando i singoli oratori e tutti i convenuti; egli dichiarò che intende fare della scuola un apostolato e riaffermò la sua devozione alla patria ed al regime.

Commemorazione del gen. medico Bonomo.

A Bari fu commemorato il gen. medico Bonomo dal cap. med. Federico Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio.

L'egregio oratore, parlando nel salone della Unione Ufficiali in congedo, davanti a imponente pubblico di autorità civili e militari e di signore, evocò degnamente la figura dell'illustre scomparso, che tanta luce seppe portare al corpo sanitario militare ed alla scienza, e fece risaltare la grande figura del generale Bonomo come maestro in chirurgia e come cittadino.

La letteratura radiologica italiana.

Verrà nuovamente raccolta, per il quinquennio 1920-25, da « La Radiologia Medica », organo ufficiale della Società Italiana di Radiologia Medica, in un indice bibliografico che verrà pubblicato a seguito del primo volume, già comparso alcuni anni or sono, e che comprendeva tutti i lavori italiani della specialità dall'inizio (1895) al 1920.

Si fa appello, oltre che ai radiologi, a tutti quei cultori delle scienze mediche i quali avessero pubblicazioni nel campo della radiologia o in argomenti affini, perchè vogliano mandare subito un elenco preciso di tali lavori, con la indicazione bibliografica completa, al prof. Olindo Alberti: Brescia, Spedali Civili.

Nella stampa sanitaria.

Ha iniziato il 2° anno di vita il periodico « Maternità ed Infanzia », bollettino mensile dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia.

Il 1° fascicolo della 2ª annata contiene una lettera del sen. Marchiafava ai medici condotti, i quali vengono incitati a compiere opera efficace, sia diretta che di propaganda, a favore della maternità e dell'infanzia; un articolo del prof. Gaifami, sui piccoli accorgimenti utili nell'assistenza al parto; studi pregevoli di C. Alessandri, G. D'Ormea, G. Giannini Alessandri; è ricco d'informazioni varie; è riccamente illustrato. Si presenta in magnifica veste.

L'abbonamento annuo importa L. 35, all'estero il doppio (da corrispondere all'Amministrazione, in piazza Cavour 25 - Roma 33).

Donazione a un periodico medico.

Sir Joseph Verco ha donato 15,000 sterline, pari ad oltre mezzo milione di lire it., all'« Australian Journal of Experimental Biology and Medical Science »; questa somma sarà amministrata dall'Università di Adelaide e gli interessi saranno devoluti a sovvenire il periodico, il quale diviene proprietà della suddetta Università.

Elargizioni e lasciti.

Il sig. W. R. Morris, fabbricante di automobili, ha mandato uno *chèque* di 100,000 sterline, pari a più di 10 milioni di lire it., al « St. Thomas Hospital » di Londra, per coprirne il *deficit*.

La contessina de la Franqueza ha lasciato morendo 5 milioni di pesetas, pari a circa 20 milioni di lire it., all'Ospedale Clinico di Barcellona; ha fatto altri lasciti di beneficenza per circa 15 milioni di pesetas.

Viaggi medici.

« Bruxelles Médical » ha organizzato i seguenti viaggi: nel Marocco dal 13 al 28 aprile (partenza da Bordeaux, sbarco a Marsiglia, prezzo 5975 frs. francesi): nel Mediterraneo e Oriente a partire dall'11 marzo (durata 33 giorni, partenza e sbarco: Marsiglia; prezzi 265, 290 e 395 dollari, secondo le classi) e dal 21 aprile (durata 25 giorni, stesso itinerario, prezzi 255, 280 e 380 dollari). Altri viaggi sono in studio. Per informazioni rivolgersi all'« Office Belge C. F. Navigation », 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

Sequestro di alimenti avariati.

L'ufficiale sanitario di Varese, dott. Pisani, aveva disposto il sequestro di una partita di prosciutti avariati e non commestibili della ditta Merzagora. In seguito a procedimento svoltosi nella Pretura di Varese, vagliate le conclusioni dei periti dottori Perdomi, Turrini e Bolzoni, è stata emessa ordinanza, in data 14 dicembre u. s., con la quale i prosciutti sono devoluti ad uso industriale.

Responsabilità medica.

Il dott. Kayat, laureato dalla Facoltà medica di Beyrut (Siria), esercente a Parigi, ove gestisce una Casa di salute laringologica, nel giugno del 1925 praticava l'ablazione delle amigdale a un bambino di 3 anni. L'operando ebbe la carotide tagliata e soccombette. In seguito ad un lungo procedimento giudiziario, è stata ora emessa la sentenza, secondo cui l'infortunio professionale fu determinato da posizione difettosa della mano dell'operatore, il quale è stato condannato a pagare 8000 franchi di danni-interessi alla famiglia della piccola vittima e 50 franchi di ammenda.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Giuseppe Vaselli, di Pordenone, si recava col domestico, nella propria automobile, a Codroipo, quando, per la rottura di un pneumatico, questa si abbatteva su di un paracarro, rove-

sciandosi; il sanitario rimase sotto la macchina e moriva pochi momenti dopo.

Il dott. Guido Musi di Milano e lo chauffeur Vico Guerrino, imputati, in seguito allo scontro delle automobili da essi guidate, di varî ferimenti, sono stati condannati ciascuno a L. 2000 di multa e ai danni verso le parti lese.

A Plevna (Bulgaria) una casa di legno, ove abitava, al terzo piano, con la famiglia, il dott. Busceff, s'incendiava; accorsi i pompieri, tesero un telone di salvataggio; siccome però questo cedeva, la moglie e un bambino del medico si fracassarono il cranio ed un figlio sedicenne fu raccolto moribondo; in un impeto di disperazione il Busceff si uccise con un colpo di rivoltella al cranio, nell'atto stesso in cui si lanciava nel vuoto; è stata salvata la sola figlia maggiore, Tatiana, dal fidanzato, che per essa attraversò coraggiosamente le fiamme.

Fatale errore di un'infermiera.

Nell'Ospedale Maggiore di Milano un'infermiera del reparto dermosifilopatico apprestò ad alcune ricoverate un'enteroclisi usando per errore una soluzione di sublimato corrosivo; si sono dovute deplorare alcune vittime.

Contro lo sfruttamento degli infortuni.

Un consigliere comunale di Parigi, sig. Adrien Oudin, ha avanzato al Consiglio una mozione, secondo cui si vieta l'ingresso negli ospedali agli agenti di affari che spesso seguono gl'infortunati e che, profittando dello stato d'impressionabilità e di scarso auto-controllo che questi presentano, li inducono facilmente a firmare dei contratti già pronti, per intentare azioni giudiziarie per danni, riservando alle ditte rappresentate dagli agenti stessi dei benefizi ingenti, del 50 %.

La propaganda di Lane.

Sir William Arbuthnot Lane, il chirurgo di Londra più in voga, noto per le sue concezioni sulle « kinks » del colon (pieghe da aderenze per esiti di pericolite) nella genesi della stasi intestinale e per i suoi interventi di esclusione del colon nella cura di quella affezione, va facendo un'attiva propaganda per il « ritorno alla natura ». Egli ha pubblicato su questo argomento, nel *Daily Mail*, una serie di articoli, in cui insiste sui danni derivanti all'organismo umano dall'abitudine, imposta dalla civiltà, di defecare solo una volta al giorno, e di consumare cibi depurati, come il pane bianco e il riso brillato.

Il Lane scrive con abilità ed efficacia e riesce ad appassionare il gran pubblico; ma le sue conclusioni non sono sempre legittimate dalle premesse. Ad esempio è molto dubbio che i popoli selvaggi siano più robusti di quelli civili.

Le idee di Shaw sui medici irregolari.

Il noto commediografo Bernard Shaw ha pubblicato un elogio dei medici non diplomati « che si sono impadroniti della tecnica moderna, di cui il diploma garentisce l'ignoranza ».

Egli ha provocato vivaci proteste da parte del dott. Graham Little, deputato al Parlamento, professore di dermatologia al St. George's Hospital di Londra, nel discorso inaugurale della sessione invernale; questo discorso è stato seguito da una replica da parte del vice-presidente dell'Associazione Osteopatica Britannica e da una contro-replica. Nell'insieme non è stato difficile dimostrare il lato paradossale delle idee lanciate dal geniale drammaturgo.

È morto a Torino un altro dei nostri maggiori: il sen. ANTONIO CARLE, direttore della Clinica chirurgica e chirurgo primario dell'Ospedale Mauriziano di quella città. Contava 72 anni.

Ne daremo prossimamente più ampia notizia.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il fascicolo 3 (Marzo 1927) contiene:

Anatomia: L. T. CIPOLLONE: Vie di comunicazione endolinfatica nel labirinto membranoso. Importanza dei gangli nervosi dell'orecchio interno e di quelli dell'orecchio medio e dei muscoli tubarici.
Osservazioni di clinica: S. TRAINA: Tromboflebite del seno laterale in una bambina di un anno, con ascesso perisinusale esteriorizzato in corrispondenza della fontanella asterica. Intervento; legatura della giugulare; guarigione.
Ricerche di laboratorio: C. A. TORRIGIANI: Un altro esempio di capillari intraepiteliali.
Medicina legale e professionale: M. PONZO: A proposito delle applicazioni medico-legali del mio metodo delle reazioni respiratorie nei casi di simulazione di sordità.
In biblioteca.
Recensioni: Per la conoscenza della cosidetta « asfissia traumatica ». — Riflessi e sensibilità subiettiva della donna gravida. — Sindrome asfittica acuta da ascesso pottico. — Sopra un caso di tumore cerebellare (anatomicamente tubercoli solitari multipli). — Sopra un caso di ascesso del lobo frontale di origine sinusale e di cisticercosi cerebrale. — Vaccinoterapia della infezione tifoide per via bronchiale. — Contributo allo studio delle stenosi congenite dell'esofago. — Sul significato della pseudo- ed ana-reazione alla tossina difterica. — Il pneumotorace artificiale nella cura della tubercolosi laringea. — Etiologia, patogenesi e cura del mal di mare. — Sopra due casi di calcolosi salivare. — La tiroide nelle infezioni acute. — La ghiandola tiroide nelle infezioni croniche. — Eritema polimorfo con larghe manifestazioni alle mucose. — Reperti radiologici nella pertosse. — La polimyxodite. — Un caso di esiti di labirintite traumatica associati a paralisi alterna degli arti. — Contributo alle epiglottiti. — Importanza della tonsilla linguale nella patologia della gola.
La nota storica: F. BRUNETTI: Michele Asson e gli studi oto-rino-laringologici.
Discussioni: A. MONTI-G. POLLACCI: Le ricerche istopatologiche e micologiche del dott. Carnevale-Ricci e le critiche del prof. Pollacci.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a « Il Valsalva » si concedono le intere annate 1925 e 1926 del periodico stesso, per sole L. **45** se in Italia e per sole L. **70** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto. ROMA.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 6 ag. — A. STOCK, O. CLEIN. I pericoli dei vapori di mercurio e delle amalgame. — F. DEUTCH. La febbre psicogena.

Deut. Med. Woch., 6 ag. — KAPPIS. Organizzazione e funzionam. di una sala operatoria. — GLASER. Basi fisiologiche della calcioterapia endovenosa.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 8 apr. — A. VENTURA. Malaria acuta.

Rev. espñ. de Med. y Cir., ag. — J. M. ROSELL. Progressi della terapia digestiva.

Presse Méd., 31 lug. — R. SABAURAND. Le più frequenti affezioni del cuoio capelluto.

Riv. Ospedal., giu. — G. PIERI. Chirurgia del simpatico cervicale.

Morgagni, 1 ag. — A. MAROTTA. Biotipo umano.

Gaz. d. Hôp., 7 ag. — MAUCLAIRE. — Miositi retrattili.

Paris Méd., 1 ag. — Numero di urologia.

Revue de Méd., 2. — E. TERRIS. Stenosi funzionali del rene.

Münch. Med. Woch., 13 ag. — MÜLLER. Il brivido

Mediz. Klinik, 13 ag. — H. STRAUSS. Il morbo di Still.

Riv. Oto-Neuro-Oft., mar.-apr. — G. BILANCIONI. Eredità familiare morfologica e patologica naso-sinusale. — D. SABBADINI. Anisocoria fisiologica.

Ann. de Méd., lug. — L. LANGERON. I fenom. di choc. — M. M. RISER. Pneumorachide e diagn. di compressioni midollari.

Haematologica, IV. — F. FONTANA. Speciale reperto ematologico nella endocardite lenta.

Bull. Sc. Med., mag.-giu. — ZAFFRAGNINI. Splenomegalie.

Ann. di Ottalm. ecc., ag. — CATTANEO. La tbc. della coroide. — TRIONI. Sintomi oculari della tbc.

Brit. Med. Journ., 14 ag. — F. A. E. CREW. Il meccanismo dell'eredità.

New York St. Journ. of Med., 1 ag. — H. A. PATTERSON. Asma e calcio-ione.

Ann. d'Ig., lug. — N. PIETRAVALLE. Reaz. Bauer-Hecht. — G. VERCELLANA. Met. Carbonell e Fynn per l'esame batteriolog. dell'acqua. — A. SCALA. Eziol. della rachitide.

Clin. y Labor., giu. — L. BARD. Trattam. della morfinomania.

Journ. Amer. Med. Assoc., 31 lug. — T. G. WALCH. Obesità postencefalitica. — G. W. CRILE. Funzione del fegato in rapporto alle operaz. sulle vie biliari.

Terapia Contemp., 15 giu. — E. FREUND. Sull'ossaluria. — E. BARÀTH. Terapia degli edemi con i sali di calcio e di potassio.

Gazz. d Osp. e d. Clin., 25 lug. — G. CATTANI. Trattam. della splancnoptosi. — T. DELLA VEDOVA. Epistassi.

Arch. di Farmac. sperim., 15 mar. — L. CONDORELLI. Modificaz. della calcemia in seguito a somministr. parenterale di sali calcici.

Journ. Méd. Franç., lug. — Numero sulla milza.

Amer. Med., giu. — A. E. DAVIS. Cristallino-antigene contro la cataratta. — J. H. DOWD. Il dolore funzionale e organico.

Riv. di Cl. Med., 30 mag. — M. TINTI. Derivati istioidi nelle leucemie.

Minerva Med., 31 lug. — G. PINARDI. La sifil. dello stom. — A. CECONI. L'insuffic. di cuore.

Deut. Med. Woch., 20 ag. — HAUSAN. Medicina interna e psicoterapia. — STRAUSS. Le malattie cron. delle articolaz. — WYMER. Problemi chirurgici alla luce della chimica fisica.

Wien. Klin. Woch., 19 ag. — MERIHCH. Gruppi sanguigni e determinaz. della paternità.

Lancet, 21 ag. — H. L. TIDY. Le diatesi emorragiche.

Brit. Med. Journ., 21 ag. — W. E. HEMPSON. Pericoli associati alla pratica medica e come evitarli.

Mediz. Klinik, 20 ag. — H. BISCHOFF. Profilassi del morbillo. — A. JOSEPH. Sulla terapia della sifilide.

Studium, 20 ag. — G. CASTRONUOVO. Visceropatie addominali nella malattia di Economo.

Riv. di Clin. Med., 30 giu. — F. D'ARBELA. Tromboflebite splenomegalica.

Pathologica, 15 ag. — L. VILLA e C. LUCCHINI. Sistema reticolo-endot. — F. DE GIRONCOLI. Diagn. differenz. di tumori della vescica.

Amer. Med., lug. — B. C. KEISTER. Il lato mentale della medicina.

Acta Med. Scandin., I. — A. HECHT e E. J. WARBURG. Terapia acida delle infezioni da coli delle vie urin.

Amer. Journ. Med. Sc., ag. — J. E. WOOD e al. Eziol. delle malattie di cuore. — T. T. MCFIE. La febbre reumatica.

Presse Méd., 25 ag. — A. CLERC e R. LÉVY. L'anarchia ventricolare. — A. RESSON e G. EHRINGER. Purificaz. e concentraz. dei sieri terapeutici.

Rif. Med., 9 ag. — G. VOLPINO e M. FINOCCHIO. Vaccinaz. antirab.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 22 ag. — B. BISBINI. Ascite gelatinosa.

Folia Med., 30 lug. — P. CASTELLINO. Costituzione individuale.

Deut Med. Woch., 27 ag. — A. MORGENROTH, ABRAHAM e SCHNITZER. Sulla terapia della malaria. — ZADEK. Patogenesi del m. di Vaquez.

Bull. Méd., 25-28 ag. — Numero sull'urologia.

Med. Klinik, 27 ag. — W. BLOTEWGEL e al. L'ormone sessuale femm.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ag. — Numero di oto-laringologia.

Presse Méd., 28 ag. — M. LETULLE, LAIGNEL-LAVASTINE e J. HEITZ. Le distrofie aortiche.

Journal A. M. A., 14 ag. — E. S. KILGORE. Angina pectoris e pseudo-angina. — K. K. KOESSLER e al. Rapporti tra anemia e deficienza di vitamina A.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ag. — J. HOFBAUER. Studi sulle tossiemie della gravid. — S. H. GEIST e al. Doppia ovariectomia e ricambio.

Lancet, 4 sett., — H. YELLOWLEES. Psicosi e psiconeurosi dal punto di vista psicologico.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 16 ag. — Numero sul cancro.

Osped. Magg., 31 lug. — G. POZZI. Siero di convalescente nella cura dell'infezione tifosa.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 29 ag. — A. MONSELICE. Le disgiunzioni del pube. — D. GIORDANO. Epilessia traumatica.

Riforma Med., 16 ag. — A. FERRANNINI. Organizzaz. e coordinam. delle istituzioni antitubercolari.

Acta Med. Scandin., II-III. — G. BLIX. La lipemia diabetica. — V. JEDLICKA e G. ALTSCHULLER. Trombopenia cronica essenz.

Münch. Med. Woch., 3 sett. — SEIDL e al. Applicazioni dell'insulina. — FLESCH. L'agente del morbillo.

Presse Méd., 4 sett. — R. LERICHE e R. FONTAINE. Meccanismo d'az. delle operaz. sul simpatico.

Gaz. d. Hôp., 4 sett. — R. LIÈGE. Le angine di petto.

Arch. de Med., Cir., ecc., 4 sett. — J. S. COVISA. Epatiti salvarsaniche.

Journal Am. Med. Ass., 21 ag. — Numero sull'insegnamento. — R. FRANK e M. A. GOLDBERGER. L'ormone sessuale femminile. — W. H. PARK e al. Impiego del siero di convalescenti di morbillo.

Prensa Med. Argent., 10 ag. — C. BONORINO UDAONDO e A. FONTANA. L'insulina negli stati di denutriz.

Medicina Ibera, 4 sett. — J. ALVAREZ-SIERRA. Le cardiopatie nella pubertà.

Lancet, 17 sett. — R. MAGNUS. Fisiologia della posizione.

Welfare, ag. — S. H. TULCHIN. I rapporti tra sviluppo fisico e mentale.

Riv. Oto-Neuro-Oft., mag.-giu. — G. MELDOLESI. Meningismo malarico. — Q. DI MARZIO. Cecità istantanea da meningite sierosa.

Riv. Ital. di Ginec., sett.-ott. — L. ULNHOGIAN. Cisti delle piccole labbra. — R. RADICE. Metabolismo basale in grav. e puerp. — M. FLORIS. Il trauma da parto nel destino dei bambini estratti col forcipe.

Rass. di Cl., Ter., ecc., lug.-ag. — E. TROCELLO. Opoterapia del mal di mare.

Giorn. Ital. di Dermat. e Sifilol., ag. — A. SERRA. Sull'infezione leprosa. — G. BERTACCINI. Linfogranulomatosi inguinale subacuta. — U. CERCHIARI. Form. di Arneth nella sifil.

Proc. R. Soc. Med., sett. — Discussione sul trattam. dell'ulcera duoden. — Casistica.

Mediz. Klinik, 10 sett. — A. DIETRICH. Forma e vita.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Pubblicazioni a disposizione dei Sigg. Abbonati al *Policlinico*:

(GUIDA TEORICO-PRATICA PER SANITARI)

"MEDICAMENTA"

3ª ediz., in formato ampliato e notevolmente aumentata.

Alla perfetta riuscita di questa opera indispensabile a tutti i medici hanno collaborato, sotto la direzione del dott. **Ugo Cazzani**, l'avv. **G. Mariani**, il prof. **E. Bajlà**, i dottori **U. Fisso, C. Poggio, T. Rabotti** della Coop. Farm. di Milano, nonchè i proff. **L. Carozzi, D. Della Rovere, C. Guerrini, B. Neppi, C. Terni,** ed i dottori **A. Celada, F. Cova, C. Ferri, G. Gagliardi, E. Robecchi**: ciascuno per la riconosciuta propria competenza.

Un volume di pagg. XXXII-2286, in carta finissima; prezzo L. **60** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati L. **57**, in porto franco.

Dott. prof. CARLO DE GREGORIO
Lib. doc. nella R. Università di Roma

SINDROMI IPOFISARIE

Un volume in-8°, di pagine 156, con 8 figure e 6 tavole fuori testo, nitidamente stampato, su ottima carta. Prezzo L. **15**. Per i nostri abbonati sole L. **13.50** franco di porto.

Prof. GIUSEPPE BASILE

Ricerche diagnostiche di Clinica Medica

(Vade-mecum del medico pratico).
Seconda edizione riveduta ed ampliata.

Un volume in-16, di pagg. XII-312, con tavole e numerose figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio L. **22** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **20,75** in porto franco.

Prof. GABRIELE GOGLIA

Guida Pratica di Terapia Clinica

Un volume in-16, di pagg. VIII-514, elegantemente rilegato in tela. Prezzo L. **30**. Per i nostri abbonati sole L. **28,25** in porto franco.

Prof. FRANCESCO SCHIASSI

L'insulina nella cura del diabete

Un volume in-16°, di oltre 150 pagine con tabelle nel testo e fuori testo. Prezzo L. **15**. Per i nostri abbonati sole L. **13,90** in porto franco.

Dott. prof. ARMANDO DRAGO
Lib. doc. nella R. Università di Roma

L'anafilassi alimentare nel bambino.

Un volume in-8°, di pagg. VI-269, in nitidissimi tipi e veste tipografica. — Prezzo L. **30**. Per i nostri abbonati sole L. **27.90** in porto franco.

Prof. GIOVANNI PETELLA, della R. Università di Napoli

CEREALI E VITAMINE

Studi sintetici su alcuni problemi di alimentazione.

Un vol. in-8°, in nitidissima veste tipografica, prezzo L. **16**. Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **13.90** in porto franco.

Prof. LUIGI CONCETTI.

L'IGIENE DEL BAMBINO

Terza edizione
aggiornata dal Prof. TULLIO LUZZATTI
già Aiuto della R. Clinica Pediatrica di Roma.

Un volume in-16° di pagine IV-720, nitidamente stampato, con riproduzione zincotipica della fotografia del compianto prof. Concetti.

In commercio L. 20, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 18,60 in porto franco.

ENDOCRINOLOGIA

Lezioni tenute ai R. R. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Proff. **Livini, Rondoni, Pepere, Pende** e **Coronedi.**

Un volume in-8, di pagine 322, con numerose figure intercalate nel testo e due tavole a colori fuori testo. — Prezzo L. **15** più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole L. **14.30** in porto franco.

ANAFILASSI

Lezioni tenute ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Proff.: **Lustig, Cesaris-Demel, Comba, Rondoni, Frugoni, Fichera, Cesa-Bianchi, Micheli, Zironi, Belfanti.**

Un volume in-8°, di pag. 363, nitidamente stampato su ottima carta. In commercio L. **15** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole L. **14.30** in porto franco.

Funzioni e disfunzioni tiroidee

Lezioni tenute ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano, dai professori: Castaldi, Pighini, Cerletti, Rossi, Lugaro.

Un volume in-8, di pagg. 287, con figure e tavole nel testo. — Prezzo L. **15**, più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **14.30** franco di porto.

La Funzione Endocrina delle ghiandole Sessuali

Conferenze tenute ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai proff. **Bruni, Champy, Cley, Lugaro, Thorek** e **Voronoff,** per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Un volume in-8°, di pagg. 253 nitidamente stampato su ottima carta, con molte illustrazioni. Prezzo L. **25** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **24,30** in porto franco.

GLI ORGANI A SECREZIONE INTERNA,

le loro alterazioni e applicazioni terapeutiche.

Dott. I. GEIKIE COOB,
del «Middlesex Hospital» di Londra.

Studio dedicato ai medici pratici, presentato ai medici italiani ed agli studenti dai proff. **S. Belfanti** e **F. Valagussa.**

Seconda edizione italiana ampliata in base alla terza edizione inglese, a cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese. — Un volume in-8° di pagine X-286. Prezzo L. **15**. Per i nostri abbonati sole L. **14,30** in porto franco.

TECNICA SIEROLOGICA. Prof. LUIGI VIGANO'

Terza edizione interamente rifatta (a cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese), con 39 figure e 9 tavole in nero e colorate, con appendice: «Terminologia immunologica». — Un volume in-8° di pagine 277. Prezzo L. **25**. Per i nostri abbonati, sole L. **23,90**.

NEOPLASMI

Lezioni tenute, per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese, dai proff.: **Barbacci, Truffi, Franchini, Sanfelice, Pentimalli, Fichera, Sachs** e **Rondoni.**

Un volume in-8° di pagine 326. Prezzo L. **25**. Per i nostri abbonati, sole L. **23,90**.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo **«per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA. Per i Vaglia Bancari** (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

ANNO XXXIV — Roma, 14 Marzo 1927 — Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Sulla natura delle alterazioni chimiche del sangue che determinano la reazione di Wassermann

per il dott. FRANCESCO TONIETTI.

Da quando Wassermann scoprì la reazione, che da lui prende nome, la mente degli osservatori è tormentata nell'indagare la natura e il meccanismo secondo il quale la reazione si svolge.

Mentre da un lato gli esperimenti negli animali ed in vitro con i più complicati artifizi di tecnica e con le sostanze le più svariate, si sono andati di giorno in giorno accumulando allo scopo di portare un po' di luce nel complesso fenomeno, ed hanno dato luogo a discussioni teoretiche complesse ed intricate, d'altro lato fino ad oggi le ricerche portate direttamente nel sangue dei luetici, allo scopo di ricercarvi delle modificazioni che possano stare in relazione col fenomeno di cui parliamo, sono relativamente scarse e non hanno portato a risultati concreti. Sopratutto manca l'unità di veduta sopra alla natura delle proprietà dei sieri luetici che li rende atti a reagire nel dispositivo sperimentale secondo Wassermann.

Già da vario tempo alcuni osservatori hanno rivolta la loro attenzione alla presenza nei sieri luetici di speciali prodotti disintegrativi di natura proteica, ed in particolare agli aminoacidi, ed hanno supposto un rapporto tra questi e la reattività alla Wassermann.

Con varie specie di esperimenti hanno cercato di dimostrare l'importanza di queste sostanze nella genesi della reazione.

Alcuni osservatori hanno voluto sperimentare se l'aggiunta in vitro di aminoacidi a sieri W-negativi determinasse una modificazione nel resultato della reazione. Così Mahlo (1913) (1) dimostrò che l'aggiunta in vitro a sieri W-negativi di alcuni aminoacidi (glicocolla, leucina, tirosina) in determinate concentrazioni era capace di render positivo il resultato della R. W. Much e Schmidt (1921) (2) non confermarono questi risultati. Ma più recentemente un allievo della scuola di Rondoni (Marcialis) (3) ha eseguito con tecnica più rigorosa le esperienze di Mahlo ed è venuto alle

(1) Cit. da BACHMANN.
(2) Dtsch. med. Woch., n. 20, 1921.
(3) Arch. di Scienze biol., vol. IV, n. 3-4, 1923.

conclusioni che alcuni aminoacidi (glicocolla e leucina) aggiunti in vitro a sieri W-negativi, li rendono atti più o meno ad inibire l'emolisi nel dispositivo della R. W. Per quanto l'autore affermi « che questo fenomeno non si possa considerare come una riuscita del tentativo di trasformare in positivi i sieri negativi », pure ritiene « che gli aminoacidi non abbiano una banale azione nel sistema emolitico, ma che ingranino in modo complesso nel meccanismo della R. W. ».

Un'altra serie di ricerche fu fatta per stabilire se, eliminando dai sieri W-positivi gli aminoacidi, si osservassero modificazioni nel resultato della reazione. Forssmann (4) ha usato a questo scopo l'aldeide formica che, com'è noto, combinandosi coll'amino-gruppo, forma un gruppo metilenico. Aggiungendo a sieri W-positivi del formolo con varie modalità che credo inutile riferire, è riuscito a modificare in senso negativo il resultato della reazione.

Un'altra serie di ricerche fu diretta allo scopo di stabilire se, iniettando ad animali da esperimento degli aminoacidi, fosse possibile far comparire una R. W. positiva. Mahlo (5) tra i primi dimostrò che iniettando endovenosamente a dei conigli, il cui sangue era W-negativo, degli aminoacidi, dopo un certo tempo il sangue di quegli stessi animali reagiva positivamente.

Bachmann (6) non confermò queste esperienze, che però, riprese in seguito da Much e Schmidt (7), furono nuovamente confermate. Più recentemente Forssmann (8) ha iniettato sottocute a dei conigli un miscuglio di aminoacidi (tirosina, glicocolla, alanina, acido asparaginico), ed ha ottenuto dopo 4 ore e mezzo un debole resultato positivo della R. W., che non persisteva oltre le ventiquattro ore.

Soderbergh (9) avrebbe osservato che 24 ore dopo la somministrazione di 15 gr. di tirosina (!) la R. W. diviene positiva.

Ma se dall'insieme di queste ricerche si può intravedere una certa relazione tra gli aminoacidi e la genesi della R. W., non si può certo venire a delle conclusioni molto sicure. È inutile che osservi di quanta prudenza e discernimento è necessario usare per riportare all'organismo il fenomeno che si osserva in vitro. Anche dagli esperimenti sugli animali bisogna esser molto cauti nel trarre conclusioni decisive, specialmente in questo campo di ricerche, nel quale, com'è noto, è vario e capriccioso il comportarsi del siero di sangue degli animali (specialmente del coniglio) di fronte alla R. W., e come con diversi artifizi sperimentali si riesca con una certa facilità a trasformare in positiva nello stesso animale una R. W, inizialmente negativa.

La via di ricerca più direttamente conducente allo scopo è sicuramente quella di determinare direttamente e comparativamente il contenuto in aminoacidi dei sieri positivi e negativi.

Anche in questo senso sono già state fatte delle ricerche. Così ricorderò come Mahlo prima e poi Bachmann (10), osservarono come esistesse un certo parallelismo tra reazione di W-positiva e l'altro contenuto in aminoacidi, che determinavano per mezzo della reazione alla ninidrina.

Ma la grave obiezione che a queste ricerche è stata mossa è che la reazione alla ninidrina non è specifica per gli aminoacidi e che molti altri composti che nulla hanno a che vedere con questi, danno luogo alla caratteristica reazione.

Più recentemente Rondoni (1922) (11), avendo osservato come i sieri W-positivi hanno in media valori polarimetrici (contenuto di sostanze otticamente attive) più alti di quelli a reazione negativa, attribuirebbe questo alto potere rotatorio a costituenti abnormi ritrovabili nei sieri dopo allontanamento delle globuline, costituenti che potrebbero rientrare nel gruppo dei polipeptidi e ricollegarsi ai processi istolitici, che certamente si svolgono nell'organismo luetico.

*
* *

Facendo delle determinazioni degli aminoacidi del sangue dirette ad altro scopo, mi colpì il fatto che sul sangue di pazienti che presentavano una R. W. positiva, il tasso del contenuto del sangue in aminoacidi era evidentemente più elevato di quello che non fosse nel normale. Volli approfondire la ricerca ed accertarmi se sussisteva questo fenomeno, che dimostrato, poteva avere un qualche interesse.

Tecnica. — Il sangue, prelevato al mattino a digiuno dalla vena mediana, veniva raccolto in fluoruro e subito dopo dealbuminizzato con una soluzione al 20 % di acido tricloroacetico a parti uguali. Fu fatta particolare attenzione a determinare esattamente la quantità sia del sangue che della soluzione di acido tricloroacetico, usando sempre le stesse pipette, dopo averle ben pulite ed asciugate. L'acido tricloroacetico veniva versato lentamente a goccie ed agitando, e si lasciava a contatto del sangue per un tempo non inferiore ai tre quarti d'ora-un'ora. Si filtrava poi per carta e nel filtrato, che non ci ha dato

(4) Bioch. Zeischr., Bd. 148, 1924.
(5) Lav. cit.
(6) Zeitschr. f. Immunitätsf., Bd. 33, n. 3, 1921.
(7) Lav. cit.
(8) Lav. cit.
(9) Citato da BRUCH. *Handbuch der Sierodiagnose der Syphilis.* Springer, 1924.

(10) Lav. cit.
(11) Zeischr. f. Immunitätsf., Bd. 34, n. 5, 1922; Sperimentale, n. 5-6, 1922.

mai la reazione del biureto, si eseguivano le determinazioni col metodo di van Slyke (Halbmikromethod) usando per ogni determinazione 2 cc. del filtrato. È inutile far rilevare che mi sono attenuto scrupolosamente a tutte quelle modalità di tecnica che occorrono usando di questo metodo: agitare la buretta nella quale si ha lo sviluppo dei gas per 5 minuti precisi; far precedere sempre una prova in bianco, ecc.

Le determinazioni furono tutte fatte nella stessa giornata in cui fu prelevato il sangue, e nel maggior numero dei casi furono ripetute per due volte ottenendo dei resultati concordanti.

Ho preferito eseguire le ricerche sul sangue *in toto* anzichè sul siero, perchè, per quanto sia noto che i globuli rossi fissino gli aminoacidi, non si trovano differenze apprezzabili fra le titolazioni fatte nel siero e quelle nel sangue *in toto*. D'altro lato avevo il vantaggio che mi occorreva una minore quantità di sangue e potevo eseguire con maggiore celerità le ricerche dopo il prelevamento del sangue.

Le ricerche furono eseguite nei pazienti della Clinica medica che presentavano una R. W. positiva, e su vari pazienti con manifestazioni primitive e secondarie della Clinica Dermosifilopatica (*).

N.	DIAGNOSI	N. aminico	R. W.
1	Aortite luetica	millig. 12 %	R.W. +
2	Aneurisma aortico	millig. 13 %	R.W. +
3	Aortite luetica	millig. 9.4 %	R.W. +
4	Nefrite cronica (lue)	millig. 10.75 %	R.W. +
5	Insufficenza aortica	millig. 8.97 %	R.W. +
6	Nefrite cronica (lue)	millig. 12.59 %	R.W. +
7	Lue epatica	millig. 10.90 %	R.W. +
8	Meningite luetica	millig. 15 %	R.W. +
9	Insufficenza aortica	millig. 10.20 %	R.W. +
10	Aneurisma aortico	millig. 9.10 %	R.W. +
11	Nefrite cronica (lue)	millig. 11.20 %	R.W. +
12	Miocardite cron. (lue)	millig. 9.30 %	R.W. +
13	Nefrite acuta (lue)	millig. 14.11 %	R.W. +
14	Lue I	millig. 13 %	R.W. +
15	Lue I	millig. 7.3 %	R.W. +
16	Lue II	millig. 12 %	R.W. +
17	Lue II	millig. 9.99 %	R.W. +
18	Lue II	millig. 12.5 %	R.W. +
19	Lue II	millig. 11 %	R.W. +
20	Lue II	millig. 12.20 %	R.W. +
21	Lue II	millig. 10.10 %	R.W. +
22	Lue II	millig. 11.10 %	R.W. +
23	Lue II	millig. 11.48 %	R.W. +
24	Lue II	millig. 13 %	R.W. +
25	Lue II	millig. 11.20 %	R.W. +
26	Lue II	millig. 9.80 %	R.W. +
27	Lue II	millig. 9.20 %	R.W. +
28	Lue II	millig. 11.10 %	R.W. +
29	Malaria { durante gli accessi febbrili	millig. 16.5 %	R.W. +
	Malaria { cessati gli accessi febbrili	millig. 3.33 %	R.W. θ
30	Malaria { durante gli accessi febbrili	millig. 15.28 %	R.W. +
	Malaria { cessati gli accessi febbrili	millig. 5.5 %	R.W. θ
31	Malaria { durante gli accessi febbrili	millig. 15.76 %	R.W. +
	Malaria { cessati gli accessi febbrili	millig. 6.2 %	R.W. θ
32	Cirrosi splenomegalica	millig. 5.6 %	R.W. θ
33	Ittero parenchimatoso	millig. 6.7 %	R.W. θ
34	Ittero in gravidanza	millig. 6.87 %	R.W.
35	Ittero meccanico	millig. 6.74 %	R.W.
36	Sclerosi in placche	millig. 5.58 %	R.W.
37	Cancro dello stomaco	millig. 5.04 %	R.W. θ
38	Cancro dello stomaco	millig. 4.47 %	R.W.
39	Leucemia aleucemica	millig. 5.60 %	R.W. θ
40	Dissenteria bacillare	millig. 5.52 %	R.W. θ
41	Normale	millig. 5.20 %	R.W. θ
42	Normale	millig. 6.10 %	R.W. θ
43	Normale	millig. 6.18 %	R.W. θ
44	Normale	millig. 5.40 %	R.W.
45	Normale	millig. 6.60 %	R.W. θ
46	Normale	millig. 5 %	R.W. θ

(*) Al prof. Bosellini, Direttore della Clinica Dermosifilopatica, che mi ha permesso di usufruire del materiale del suo Istituto, esprimo i più vivi ringraziamenti.

Com'è noto il tasso totale dell'azoto aminico del sangue dealbuminizzato con acido tricloroacetico e determinato col metodo di van Slyke, oscilla tra i 4-6,50 milligrammi per cento, come io stesso ho potuto constatare. (Usando il metodo colorimetrico di Folin si hanno valori più elevati).

Come risulta dalla tabella che riporto, in tutti i casi in cui la R. W. è positiva, il valore dell'azoto aminico appare aumentato. Questo aumento va da un minimo di milligr. 9.10 % ad un massimo di milligr. 15 %.

Mentre negli altri casi che riporto di soggetti normali o affetti da vari processi morbosi nei quali la R. W. è negativa, il valore dell'azoto aminico è nei limiti del normale.

Come è noto e come recentemente hanno ancor meglio messo in luce due autori tedeschi [Wolpe (12) e Becker (13)], il tasso degli aminoacidi nel sangue è costante *e raramente si presentano aumenti anche negli stati morbosi.*

Anche nelle malattie febbrili in genere, come nelle malattie infettive acute, come nelle malattie di fegato, non si osserva che raramente ed irregolarmente un inalzamento del livello degli aminoacidi nel sangue. Questo aumento è relativamente esiguo, non raggiungendo come massimo il doppio del valore normale (Becker). Anche nelle gravi forme uremiche con altissime ritenzioni azotate, gli aminoacidi o restano immodificati o s'inalzano esiguamente.

Ho creduto opportuno riferire succintamente le osservazioni di questi autori, che in parte ho controllato io stesso, perchè non sembrassero troppo esigui *i valori da me trovati nei sieri luetici* in confronto dei valori normali; in secondo luogo per metter meglio in rilievo che questo reperto non è un fatto banale e che si osserva con molta frequenza.

Ma un'altra osservazione, che non mi sembra priva di interesse, ho avuto modo di fare. Facendo delle determinazioni di aminoacidi del sangue nei malarici, ho constatato come si osservi in genere, durante lo stadio acuto della malattia, un inalzamento relativamente grande del livello degli aminoacidi del sangue, che persisterebbe per tutto il periodo della manifestazione febbrile e che tornerebbe ad un valore normale, talora anzi anche sotto il normale, dopo cessate le febbri.

In tre pazienti, in cui il sangue prelevato durante il periodo accessuale dava una R. W. nettamente positiva e gli aminoacidi si presentavano notevolmente aumentati, trascorso il periodo febbrile la R. W. ripetuta dette un resultato nettamente negativo, mentre il tasso degli aminoacidi era tornato ad un valore normale. Ora è ben noto come nella malaria, anche per parere concorde degli autori, si verifichino il più di frequente R. W. aspecifiche, e che sia questa la sola malattia nella quale anche con gli antigeni migliori si hanno in alte percentuali reazioni positive della stessa intensità dei più attivi sieri sifilitici [Pontano (14)].

Il voler dedurre da questa semplice constatazione, considerato il numero relativamente esiguo dei casi esaminati ed il campo pieno di incognite di queste ricerche, che esista una relazione tra il contenuto in aminoacidi del sangue e la genesi della R. W., sarebbe ancora azzardato. Ma non si può negare che questa osservazione, suffragata dai dati raccolti dagli altri autori, renda ancor più verosimile la ipotesi che nei sieri a R. W. positiva esistano dei prodotti semplici disintegrativi, che possono esser la causa di parte o di tutta la reattività dei medesimi.

(12) Münch. med. Woch., n. 12, 1924.

(13) Ibid., n. 26, 51, 1925.

(14) Policlinico, Sez. med., 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Intorno a un caso di gangrena umida, in soggetto diabetico e arterio-sclerotico, guarita attraverso la cura insulinica.

Dott. GIOVANNI PITTIANI - Sarezzo (Brescia).

Da quando la scuola Canadese ha trovato la cura insulinica per il diabete, la casistica di guarigioni di tale malattia è andata progressivamente aumentando. Però raramente è stato osservato che la insulina abbia autorizzato cure e guarigioni chirurgiche di gangrene umide diabetiche, e, pertanto, poichè ne ho avuto in osservazione un caso, mi sento autorizzato a darne comunicazione, per incoraggiare chi avesse ancora a dubitare della insulino-terapia.

Ammalato di 52 anni. Industriale, da Sarezzo. *Anamnesi*: Il padre morì in tarda età per malattia imprecisata; la madre a 70 anni, per cancro del fegato; due fratelli viventi e sani. Infanzia sana dopo una nascita fisiologica: pare abbia avuto il morbillo. Sui 10/12 anni iniziò un'affezione di gola (ipertrofia tonsillare?) congiunta a periodi acuti di tonsillite, nelle stagioni primaverili e autunnali. A ciò il paziente andò soggetto fino all'età di 31 anni: non si fece operare mai, accontentandosi di cure locali. Ulteriormente non ne ebbe più a soffrire: stette poi sempre bene. L'attuale affezione, o meglio l'affezione diabetica, iniziò in epoca ignota al paziente. Questi fu un egregio mangiatore e buon bevitore di vino; ebbe tre figli da una donna sana: due sono viventi e sani: uno (gemello) morì a 18 giorni. Da sette-otto anni l'ammalato ha avvertito pare-

stesie agli arti inferiori e superiori, formicolii, senso di freddo e di induramento alle articolazioni; attualmente le parestesie sono pressochè continue.

Un anno e mezzo fà ebbe a soffrire grave trauma psichico (aggressione a mano armata per rapina).

Non si accorse mai di avere eccesso di fame o di sete; urinava sempre abbondantemente, in rapporto alle libazioni pure di consuetudine abbondanti.

Un mese addietro, per l'uso di stivali nuovi, avvertì indolenzimento al calcagno destro, dove si era formata una piccola piaga, che resisteva alla medicazione; successivamente anche al dito medio del piede destro incominciò un processo patologico consistente in annerimento dei tegumenti, iniziandosi dalla falange distale, coprente una raccolta di liquido piuttosto putrido e nerastro; ciò unito a completa anestesia, anche alla incisione. L'affezione del dito si dimostrò di carattere invasivo e progressivo, mentre quella al calcagno regredì.

L'esame delle urine confermò il sospetto, subito sorto, che si trattasse di gangrena diabetica; per cui si iniziò immediatamente la cura insulinica.

Stato presente (26-2-1926). Aspetto generale di malato infettivo, settico; come un'impressione di caso grave appare ad uno sguardo complessivo del medico.

Temperatura 38,9, polso 118; non accusa alcun disturbo al piede destro; ha disappetenza, modica sete, alvo irregolare, diuresi non abbondante; ha soltanto qualche sensazione parestesica agli arti: non cefalea, non difficoltà digestiva.

Soggetto molto forte ed abbastanza robusto: sanguificazione in apparenza buona; masse muscolari toniche e trofiche, nutrizione assai buona, cute trofica, non edemi. Polso sottile, ritmico; arterie indurite, poco tortuose, ma trasformate a tipica forma di trachea di pollo. Il polso non è percettibile alla pedidia. All'esame del capo nulla di notevole, tranne bocca un po' acida, con alito non acetonico, ma cattivo; lingua patinosa, asciutta in centro; fondo leggermente arrossato.

Pressione arteriosa 155-90. Esame del collo: negativo. Esame del sistema respiratorio: negativo.

Al cuore esame negativo, tranne una modica accentuazione del secondo tono sull'aorta.

Addome voluminoso, a pareti toniche, poco trattabile; colla percussione, senza sicura conferma palpatoria, leggero debordare del fegato dall'arcata costale, per circa un dito trasverso.

Gangrena umida del dito medio del piede destro, con cianosi della radice del dito medesimo. Sul dorso del piede si notano: rossore, tensione lucida della cute, vasi ben delineati, strie rossastre da linfangioite: anestesia del dito necrotico e della zona cutanea di impianto. Al calcagno: ulcerazione, da necrosi superficiale, della grandezza di una vecchia moneta da un centesimo.

Esame delle urine. — P. S. 1034, reazione acida, albumina 1,5 ‰; glucosio 18,5 ‰; indacano assente; acetone presente; sangue assente. Sedimento: qualche cilindro jalino-granuloso, qualche cellula di sfaldamento delle ultime vie urinarie, qualche raro leucocita, qualche cristallo di urati.

Glicemia 2,2 ‰. Reazione di Wassermann negativa.

Decorso. — Alla prima medicazione, il dito medio del piede destro presenta un'ampia zona necrotica, esalante odore fetido; alone arrossato, specie sulla superficie dorsale del piede: qualche gemizio siero-purulento dalla piaga del calcagno; le medicazioni successive fanno apparire uno stato progressivamente analogo. Il 2-3-926 il chirurgo asporta, in toto, falangina e falangetta del dito medio del piede destro; i tessuti del terzo metatarso sono di colorito cianotico-nerastro anch'essi, e vi si addentra profondamente la colliquazione gangrenosa, modicamente fetida; medicazione con acqua ossigenata.

Il chirurgo, preoccupato del fattore endo-arterite obliterante da arteriosclerosi, non ostante che il fattore glicosuria sia già stato influenzato dalla insulino-terapia (tanto da dare diminuzione immediata della glicosuria e della glicemia, scomparsa dell'acetone) decide l'intervento e il 4-3, per anestesia trepococainica, si procede ad amputazione al 3° medio coscia destra (ischemia da pressione della femorale).

L'anatomo-patologo esaminò l'arteria femorale del tratto amputato; trovando essenzialmente un ispessimento connettivo delle tuniche, con infiltrazioni della media, da calcificazione enorme, al punto di dover decalcificare il pezzo per poterlo ben tagliare col microtomo.

Il decorso della forma fu, con estrema lentezza, ma progressivo verso la guarigione, la quale fu completa solamente dopo quattro mesi.

Operatoriamente, dopo cinque giorni, vi fu la conferma che la ferita non sarebbe guarita per prima intenzione. Infatti vi fu un gemizio di sangue che determinò la formazione di una sacca, la quale si dovette drenare; successivamente, un processo necrotico della aponevrosi della fascia lata, ritardò ancor di più la chiusura della ferita operatoria; questa dimostrò una singolare lentezza di capacità di granulazione e di epitelizzazione.

In compenso la forma medica ebbe immediatamente un decorso favorevole: la insulino-terapia determinò ben presto una diminuzione della glicosuria e della glicemia: (6 marzo: glicosuria 31,20 p. mille; 7-III 18,20 p. mille; 8-III 6,90 p. mille; 9-III 4,62 p. mille; 10-III 2,32 p. mille; 11-III 8,06 p. mille; 12-III 3,57 p. mille; 13-III 6,58 p. mille; 14-III 2,67 p. mille; 15-III 2,20 p. mille; 16-III 1,30 p. mille; 17-III 1,30 p. mille; 20-III 1,40 p. mille; 22-III non dosabile; 23-III assente; 2-aprile tracce e così via fino al 6 aprile 1,5 p. mille; 7-IV 1,7 p. mille; 8-IV 3,55 p. mille; 9-IV tracce; 11-IV assente e così in seguito, poichè non fu più ritrovato).

La glicemia tenne un decorso parallelo; l'acetone ben presto scomparve; l'albuminuria il 15 marzo era scomparsa e non vi erano più cilindri nel sedimento. La temperatura ha seguito, in complesso, il decorso operatorio; prima dell'amputazione oscillava tra il 38 e il 39, con fenomeni di tossiemia, per la gangrena; dopo l'intervento scomparve la temperatura del mattino: quella della sera tardò assai ad abbandonare le cifre intorno al 38, residuando fino alla fine della cura 37,2-37,3 serotini.

Il polso, evidentemente in rapporto con la imponente arteriosclerosi, la quale si ripercuoteva

certamente anche su zone miocardiche, fu generalmente bisognoso di cardiocinetici; prima dell'amputazione soleva oscillare intorno ai 120, dopo l'intervento dimostrò sempre di accompagnare le variazioni termiche con tendenze tachicardiche.

La cura insulinica, iniziata la sera del 26 febbaio, fu dosata in rapporto alle misurazioni della glicemia e della glicosuria. Da prima le quotidiane 40-60 unità, si dovettero portare a 120, scendendo, in seguito, a 100, a 80, a 60, con, intermittentemente, dei ritorni a valori superiori, a seconda dei sopracitati reperti della glicosuria.

La dieta fu sempre mista, anzitutto perchè la insulino-terapia lo permette e lo richiede, poi perchè una riduzione degli idrati di carbonio avrebbe danneggiato, attraverso le sostanze proteiche, la imponente arterio-sclerosi. Anzi, dopo la guarigione dell'episodio chirurgico, venne deciso di continuare la dieta mista attraverso la insulino-terapia, appunto per questo; e oggi, mentre scrivo, dopo otto mesi di osservazione, si continua felicemente così.

Per l'arterio-sclerosi, dopo un mese dall'inizio del trattamento, si decise la somministrazione di joduro da continuarsi, teoricamente, ad infinitum.

L'interessante caso, che ho riferito, si presta a opportune considerazioni.

Abbiamo una grave forma di diabete mellito accompagnata ad imponente arterio-sclerosi, sopratutto delle arterie degli arti. Questa arteriosclerosi probabilmente esiste da più di otto anni, poichè l'ammalato riferisce che le parestesie agli arti datano da allora; l'insorgenza del diabete non può essere precisata: ma se pensiamo al criterio « ex juvantibus » della insulina e alle cognizioni di patologia medica, che l'arterio-sclerosi del pancreas è l'ipotesi etiologica ed anatomo-patologica più verosimile (Weischelbaum, per primo, ha notato spesso nel diabete una sclerosi isolata dei vasi pancreatici), dobbiamo ritenere datasse pure da parecchio tempo. Tuttavia abbiamo una concausa che ha un suggestivo valore cronologico, nel trauma psichico di un anno e mezzo addietro; e infatti è frequente nella anamnesi dei diabetici un elemento emotivo di questo genere.

Però, diabete e arterio-sclerosi, sono due forme, con un substrato clinico di alterazioni del ricambio, che hanno fra loro troppe connessioni, perchè si possa fare una discriminazione nel caso in esame. L'interesse della comunicazione è sopratutto nella valutazione della importanza morbosa del fenomeno « gangrena umida » e della cura insulinica.

Si sa che ogni forma infettiva, anche la più lieve acquista nel diabetico la più grave significazione: fra esse particolarmente temibile la gangrena.

Nell'arterio-sclerosi la comparsa di gangrene locali ha significato pronostico singolarmente sfavorevole, anche per la tendenza progressiva.

Anteriormente alla scoperta dell'insulina era norma chirurgica che le gangrene umide diabetiche non fossero suscettibili di intervento attivo. D'altra parte, poichè le complicazioni nel diabete hanno questa caratteristica, che si attenuano o scompaiono, se si ottiene la diminuzione della iperglicemia e della glicosuria, era urgente una energica azione insulinica per tale obbiettivo.

In secondo luogo era prevedibile che la efficacia della insulino-terapia avrebbe influito sul decorso chirurgico post-operatorio. E allora, poichè la incisione esplorativa aveva rivelato che il processo di endoarterite obliterante, con conseguente gangrena, ascendeva rapidamente oltre il metatarso, il chirurgo operò lontano, al terzo medio della coscia (la linfangioite aveva, per verità, invaso la gamba).

Oggi, dopo otto mesi di osservazione, le condizioni dell'operato sono egregie; ma poichè esiste sempre la arterio-sclerosi, si ritiene consigliabile continuare la insulino-terapia (60-40 unità quotidiane), anzichè una delle solite cure alimentari, la quale farebbe un enorme danno alle arterie.

Il moncone operatorio regge egregiamente all'applicazione di un arto artificiale.

*
* *

Il caso venne curato a Milano, in parte nella R. Clinica medica e in parte in una casa di salute privata, sotto la direzione del prof. Luigi Zoja, clinico medico di Milano, e del prof. Baldo Rossi, clinico chirurgo di Milano, che io pubblicamente ringrazio per avermi permesso di raccogliere questa interessante osservazione.

☛ ***Pubblicazione interessante:***

Prof. CARLO BASILE

Diplomato in medicina tropicale al Royal College of Phisicians a. Surgeons (Londra) - Libero docente in Parassitologia - R. Clinica Medica di Roma.

Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del Prof. VITTORIO ASCOLI
Direttore della R. Clinica Medica di Roma.

Un volume nell'ampio formato della nostra Collana Manuali del « Policlinico », di pag. XII-262, stampato su carta semipatinata con 18 tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 33. Per i nostri abbonati sole L. **29,75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NOTE E CONTRIBUTI

Azione dell'ioduro potassico sui cianuri di mercurio, e sue conseguenze terapeutiche.

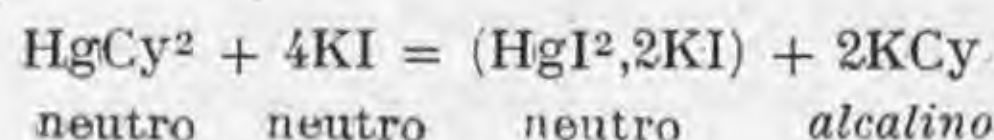
NOTA del dott. EMILIO PITTARELLI.

In due ammalati che praticavano senza inconveniente alcuno lavande vescicali con ossicianuro di mercurio, il dott. M. Pavone (1) ha notato la sùbita insorgenza d'una cistite acuta non appena essi hanno iniziato una cura interna di joduro potassico. Avendo riscontrato casi consimili nella letteratura, il Pavone ha conchiuso che l'ioduro eliminato per le urine forma, con l'ossicianuro delle lavande, l'ioduro mercurico, analogamente a quello che si osserva negli individui che fanno cure jodiche, se si applica ai loro occhi un preparato mercuriale. L'azione locale irritante dell'ioduro mercurico è, d'altra parte, ben nota; ed è essa che rende così difficile farne tollerare l'uso per iniezione ipodermica, anche nei veicoli oleosi. Il Pavone ha controllato la sua conclusione con ricerche sulle cavie, riproducendo le stesse condizioni sperimentali dei due ammalati: all'autopsia delle bestiole ha riscontrato tutti i fenomeni della cistite acuta.

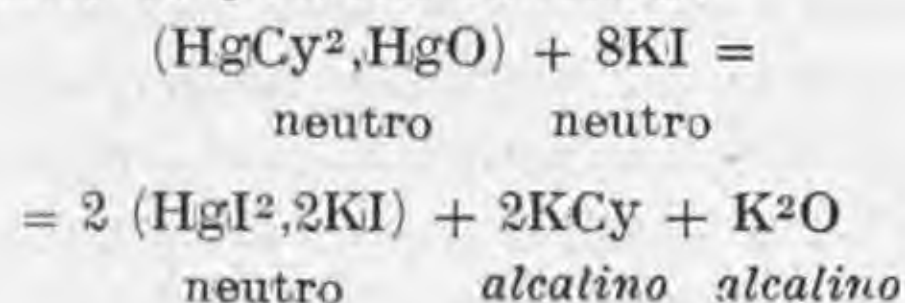
La conclusione del Pavone contiene una parte di verità, ma non tutta la verità; e la interessante comunicazione dimostra, d'altra parte, ancora una volta la necessità di non perdere mai di vista le reazioni probabili — o anche solo possibili — fra le sostanze usate come medicamenti.

Nel caso dei cianuri mercurici, che sono al meno tre ($Hg\,Cy^2$, $Hg\,Cy^2\,HgO$, $Hg^2\,Cy^4\,HgO$), la loro trasformazione in joduro mercurico mediante l'azione di joduri solubili, è nota da lungo tempo fra i cultori della Chimica; ed anzi sopra quella trasformazione Goy ha fondato un metodo semplice ed esatto per dosare il mercurio legato all'acido cianidrico (2). I fatti che giustificano il metodo Goy, sono questi:

I cianuri di mercurio sono neutri ad alcuni indicatori, e neutri sono pure verso molti indicatori l'ioduro potassico, l'ioduro mercurico, l'ioduro mercuroso e l'ioduro mercurico-potassico; per converso, il cianuro di potassio e tutti i cianuri in genere dei metalli alcalini ed alcalino-terrosi, reagiscono verso tutti gl'indicatori noti come la stessa potassa o soda caustica. Ora, mescolando soluzioni di joduro potassico e di un qualunque cianuro mercurico, il miscuglio assume forte reazione alcalina appunto per la trasformazione del cianuro mercurico in joduro mercurico, e *conseguente formazione di cianuro potassico*:

$$\underset{\text{neutro}}{HgCy^2} + \underset{\text{neutro}}{4KI} = \underset{\text{neutro}}{(HgI^2,2KI)} + \underset{\textit{alcalino}}{2KCy}$$

Con gli ossicianuri la posizione è aggravata, perchè oltre al cianuro di potassio *si mette in libertà anche la potassa caustica*:

$$\underset{\text{neutro}}{(HgCy^2,HgO)} + \underset{\text{neutro}}{8KI} =$$

$$= \underset{\text{neutro}}{2\,(HgI^2,2KI)} + \underset{\textit{alcalino}}{2KCy} + \underset{\textit{alcalino}}{K^2O}$$

E K^2O in presenza dell'acqua si trasforma sul nascere in $2KOH$.

Di tali reazioni si possono avere prove quasi tangibili nella maniera seguente:

Si preparino separatamente soluzioni diluite (per es., all'1 %) di cianuro od ossicianuro mercurico e di joduro potassico, le si colorino con *rosso metile*, e si neutralizzino, aggiungendovi, secondo i casi, soda caustica od acido cloridrico, perchè i prodotti del commercio possono non essere perfettamente neutri. Il rosso metile è giallo verdastro con gli alcali, rosso-viola con gli acidi; il punto neutro è rappresentato da un colore giallo brunastro che volge nettamente al rosso viola *con una minima traccia* di acido, e nettamente al giallo *con una minima traccia* di alcali. Nel caso nostro, poichè il fine è di vedere il miscuglio divenire alcalino, non cercheremo la neutralizzazione perfetta, ma indurremo nei liquidi una minima acidità, in modo che essi siano leggermente, ma nettamente colorati in rosso. Mescolando ora le due soluzioni, il miscuglio assume istantaneamente reazione alcalina, cioè di rosso diventa giallo; e l'alcalinità che si sviluppa è proporzionata alle sostanze reagenti, in modo che la si può utilizzare sia per dosare il cianuro di mercurio (secondo il menzionato metodo di Goy) se si usa un eccesso di joduro potassico, sia — inversamente — per dosare, aggiungo io, l'ioduro potassico, se si adopera un eccesso di cianuro mercurico (1).

Invece del rosso metile come indicatore, si possono usare l'arancio metile, il giallo metile (o giallo-burro, o dimetilamidoazobenzolo), l'alizarina, la brasilina, l'ematossilina, le varie coralline; non però la fenolftaleina, nè il tornasole, nè la curcuma; ma nessuno di questi altri indicatori raggiunge, nel caso nostro, la sensibilità del rosso metile. E si noti poi bizzarra contradizione: l'azione locale dell'ossicianuro è più blanda — o meno irritante — di quella del cia-

(1) PAVONE M. junior, in *Cultura Medica Moderna*, an. IV, n. 7, e in *Riforma Medica*, an. XLII, n. 34; PITTARELLI, in *Rif. Med.*, an. XLII, n. 39.

(2) Ved. in DENIGÈS, *Précis de Chimie Analytique*, 5ª éd., pag. 458.

(1) Per note ragioni di chimica fisica, la reazione è quantitativa solo in presenza di un eccesso dell'uno o dell'altro corpo; ma su ciò non mi fermo, perchè esula dai fini e dai confini della presente Nota.

nuro mercurico, ma in presenza di joduro, il più blando diviene, viceversa, il più irritante.

Concludendo e chiudendo, dalle equazioni che traducono in formola matematica le reazioni fra cianuri mercurici e joduri solubili, si rileva che nei casi di Pavone e nei consimili, dove fu usato l'ossicianuro, l'irritazione vescicale è dovuta non solo all'ioduro mercurico, ma altresì alle altre due sostanze che si formano nello stesso tempo, e cioè *alla potassa caustica e al cianuro potassico*, il quale ultimo ha localmente la stessa azione corrosiva della potassa.

MEDICINA SOCIALE.

Sul servizio di medico «visitatore».

Resoconto statistico.

Dott. S. SBERNA.

Dopo l'applicazione del nuovo regolamento sulla profilassi della sifilide e delle malattie veneree, e, cioè, dal 1924, la fisionomia del *medico visitatore* è completamente cambiata ed ha acquistato maggiore serietà e compostezza.

Fino alla fine del 1923, il medico fiduciario delle case di tolleranza aveva una investitura formale dagli uffici governativi; esso, invece di costituire il vero fiduciario delle autorità, rappresentava il medico di fiducia (spesso troppo compiacente) delle padrone delle case di tolleranza, dalle stesse proposte alla questura, la quale metteva il polverino sulla scelta fatta, senza curarsi, quasi mai, di indagare sulle sue qualità tecniche e morali; era alla dipendenza finanziaria della padrona, che direttamente, gli pagava la visita delle ragazze, e perciò, poco libero di esercitare la sua opera profilattica di eliminazione e sorveglianza.

Secondo quello che è stabilito nel nuovo regolamento, la profilassi della sifilide e delle malattie celtiche si basa su tre provvedimenti essenziali:

1) la sorveglianza del meretricio; 2) la cura gratuita nei dispensari celtici, o nelle sale celtiche (per le donne); 3) la propaganda sanitaria che doveva e deve essere fatta dal personale addetto.

Noi ci occuperemo, in queste brevi note, di una parte della sorveglianza sul meretricio, ma ci proponiamo di toccare altri argomenti in una prossima occasione.

Sorveglianza sul meretricio. — I temperamenti adottati dai governi italiani, dopo una lunga lotta tra regolamentaristi e abolizionisti, si inspirarono al concetto di non servirsi del vecchio criterio regolamentarista (che consisteva, essenzialmente, nell'affidare le prostitute alla sorveglianza della polizia), e trasformare la sorveglianza in modo da imperniarla completamente sull'attività del personale sanitario, considerando la prostituta come una persona e non come una cosa spregevole.

I legislatori italiani hanno cercato e cercano di conciliare il dovere che ha lo Stato di premunirsi contro la diffusione di malattie infettive gravi, col diritto della donna, sia pure prostituta, di veder rispettata la propria libertà personale, quando questa non leda le disposizioni del codice; e, se l'applicazione del regolamento venisse fatta con sani criteri di umanità e di buon senso, sarebbero riusciti e riuscirebbero nel loro intento conciliativo.

Per difendersi dalla diffusione delle malattie veneree e della sifilide, lo Stato autorizza l'apertura dei locali di meretricio, purchè sotto la sorveglianza del medico provinciale e, per esso, degli ispettori dermosifilografi e dei medici visitatori, e autorizza anche l'esercizio del meretricio fuori delle case di prostituzione, purchè le donne, fornite di una speciale tessera sanitaria, si sottopongano a visite periodiche da parte dei medici visitatori o dei medici dei dispensari.

La istituzione della tessera sanitaria non ha portato dappertutto resultati pratici, evidenti e generali, se si eccettuano pochi centri come Torino, Livorno; mentre i vantaggi della sorveglianza nelle case di prostituzione sono evidenti quasi dappertutto, e, specialmente, dove fu possibile scegliere personale adatto. Dico dove fu possibile, perchè in alcuni centri fu lasciato il vecchio personale, a tenore della disposizione del comma 16 del parag. 6° (pag. 30) del nuovo regolamento, che lasciava via aperta anche agli antichi medici di fiducia (che dimostrassero sufficente abilità e pratica professionale nella diagnosi delle malattie sessuali).

A Firenze, i medici visitatori, scelti tutti per concorso, eravamo in nove, e quasi tutti noti specialisti dermosifilografi. A ciascuno toccavano tre o quattro case, secondo il numero delle donne e ci venivano cambiate, all'incirca, ogni tre mesi.

Ecco i resultati dei ventinove mesi del mio servizio (1° febbraio 1924, 30 giugno 1926).

Note statistiche. — Le donne visitate dal febbraio 1924 al 30 giugno 1926, epoca in cui ho fatto servizio, sono state 382; ad esse sono state fatte 3650 visite.

Condizioni dei genitori delle prostitute. — Braccianti ed operai in genere, 144; commercianti, esercenti, industriali, 56; impiegati e pensionati, 51; coloni, contadini, 13; ignoti, 14; artisti, 15; benestanti e possidenti, 11; professionisti, 10; genitori di cui è sfuggita la professione, 68.

Età delle prostitute. — Delle 382 donne visitate: 308 avevano dai 21 ai 30 anni; 56 avevano dai 31

ai 40 anni; 2 avevano dai 41 anni in su; di 16 non abbiamo traccia.

Patria delle prostitute. — Toscana, 96; Lombardia, 63; Veneto (compreso Friuli e Trentino), 50; Piemonte, 44; Emilia, 27; Liguria, 22; Lazio, 14; paesi non italiani, 21; Umbria-Marche, 7; Campania-Calabria, 8; Sicilia, 4; Sardegna, 3; Abruzzi, 3; Puglie, 1; Romagna, 9; di origine non precisata, 20.

Statistiche sanitarie. — Delle 382 donne visitate, 302 erano o potevano essere considerate sifilitiche di data più o meno recente; 5 affette da forma ereditaria, 53 potevano considerarsi immuni, e di 22 non abbiamo dati.

Nel 1924, sono state praticate 1241 visite a 256 donne e si sono trovate 15 luetiche con manifestazioni contagiose in atto; 13 blenorragiche, ed una affetta da ulcera venerea, rispettivamente l'1,10 % e l'1 %.

Nel 1925, sono state praticate 1647 visite a 302 donne e sono state trovate 2 luetiche, 18 blenorragiche, ed una affetta da ulcera venerea.

Nel 1926, sono state praticate 740 visite a 149 donne e si sono trovate una luetica ed una blenorragica; tutto sommato su 382 donne in 3650 visite si sono trovate soltanto 52 donne con manifestazioni contagiose e, cioè, l'1,45 %.

CONSIDERAZIONI.

Stato finanziario delle famiglie. — Dalle ricerche sullo stato di agiatezza famigliare delle prostitute, ci resulta che, delle 314 prostitute di cui abbiamo avute notizie, soltanto 90 erano figlie di benestanti; per tutte le altre 224, sembrerebbe resultare quale fattore coadiuvante per la vita di prostituzione la miseria della famiglia e le sfavorevoli condizioni di ambiente sociale.

Età delle prostitute. — Le investigazioni sull'età in cui la enorme maggioranza si sono prostituite, e di cui faremo pubblicazione a parte, ci hanno informato che i primi rapporti sessuali sono cominciati, quasi sempre, in età inferiore ai 20 anni e sono stati sollecitati da un amore più o méno illusorio del fidanzato. Una prostituta soltanto mi ha raccontato che ha voluto i primi rapporti, per capriccio, col primo giovane che ha incontrato per le strade di Parigi dove si trovava.

Il seguito della vita come prostituta è stato reso necessario, nella maggioranza dei casi, dalla infezione luetica, dalla necessità di mantenere i figli, dall'essere stata scacciata dalla famiglia.

Paese di provenienza. — Che il numero maggiore di prostitute, a Firenze, sia dato dalla Toscana non ha importanza, dato che Firenze è il centro maggiore della regione, che, naturalmente, offre maggiore allettamento, maggiore facilità di approccio e maggiore probabilità di non farsi notare.

È, invece, da tenere presente il contributo che la Lombardia, il Veneto, il Piemonte (147 su 362) danno in confronto col resto dell'Italia, anche perchè corrisponde ad analogo contributo trovato nelle ricerche fatte a Montecatini.

Nelle investigazioni più dettagliate, ci risulta che, delle suddette regioni, il maggiore contributo è dato dai centri maggiori: Torino, Milano, Venezia, Trieste, Padova, Vicenza, Treviso; ciò, per noi, starebbe a significare che, oltre alle condizioni disagiate di ambiente, contribuiscono alla maggiore produzione di prostitute, anche, le occasioni, gli allettamenti, le tentazioni, e, probabilmente, le lusinghe degli incettatori di schiave bianche che si trovano prevalentemente nei centri maggiori e più progrediti.

Abbiamo cercato nelle investigazioni le note degenerative caratteristiche (come è stato affermato) delle prostitute. Dobbiamo, sinceramente, affermare che le nostre ricerche hanno avuto un resultato molto scarso al riguardo.

Spesso abbiamo, invece, trovato un istinto materno molto forte per i bambini lasciati a casa o mantenuti in collegio, molta gentilezza e deferenza per il medico che le sappia trattare con garbo ed umanità.

Certo, molte di esse diventano viziose, ma non bisogna confondere i vizi che esse contraggono in un secondo tempo (alcoolismo, lesbismo, ecc.) in codesti ambienti, con quanto s'intende per caratteri degenerativi anteriori alla vita di prostituzione, pur ammettendo che i vizi acquisiti possono condurre a manifestazioni talora analoghe e forse anche identiche alle note che si riscontrano nei delinquenti.

CONSIDERAZIONI SANITARIE.

Se si volesse trarre una logica conseguenza da queste statistiche potremmo concludere che, quando le visite sono fatte con coscienza e da persone competenti, vedremmo scomparire, quasi completamente, le malattie veneree dalla casa di tolleranza.

In un altro lavoretto statistico potrò dimostrare che, in 6 mesi di sorveglianza delle case ai Bagni di Montecatini, io non ho trovato che una sola ragazza da denunziare per malattie contagiose (e per uretrite blenorragica di vecchia data che era sfuggita in altra occasione anche a me).

Queste mie statistiche sono in aperto contrasto con quelle che ho riportate in altro mio lavoro (« Su i centri venereologici militari in guerra e sulla profilassi contro le malattie celtiche dell'Esercito », *Rivista ospitaliera* dell'anno 1917, n. 9). Dicevo, in quel lavoro, del maggio 1917, che, incaricato di fare un'ispezione su un gruppo di case di Firenze avevo trovato in 63 visite,

20 casi evidenti di forme infette e 7 sospetti. Basandomi su statistiche di molti altri autori, e trascritte da Regnault, avevo scritto che le percentuali di casi d'infezioni con forme contagiose nelle case di prostituzione di tutti i paesi variavano dal 20-15 % fino al 3 % nelle case Giapponesi e concludevo che le malattie nelle case di prostituzione sono abbastanza comuni.

Evidentemente, devono esserci fattori che influiscono molto sulla casistica, fattori che chiamerò ordinari e accidentali.

1) Il fattore ordinario più importante ed essenziale è la capacità del personale. Prima del concorso del 1923, molti medici fiduciari erano scelti, come si è detto avanti, a caso, o per protezione delle padrone delle case, e spesso, se ne trovavano insufficenti come capacità e come moralità. I concorsi per medici visitatori della fine dell'anno 1923, sono stati fatti in molte città con sufficente giustizia e, così, poterono essere scelti, in massima, medici specialisti dermosifilografi capaci.

2) Altro fatto ordinario è costituito dalle stanze per la profilassi. Nel lavoro, su citato, lamentavo la pessima abitudine di far fare le visite in locali non adatti, al buio, senza mezzi, in fretta, direi quasi, sotto gli occhi della padrona gelosa di vedere... metter giù (per adoperare la frase ormai in uso) le ragazze. Nel rapporto all'autorità, io ho richiesto la stanza di medicazione e di profilassi, stanza di profilassi, che, poi, è stata imposta e adottata in tutte le case di Firenze, anche le più scadenti. Oggi, invece, il medico visitatore, imposto dal governo, retribuito dalla prefettura, sia pure con fondi anticipati dalle padrone delle case, ha una fisionomia completamente differente, potendo imporsi con assoluta autorità e libertà di giudizio.

3) Pulizia, igiene, sono conseguenze, in gran parte, dei fattori precedenti. Le donne, sapendosi sorvegliate più attentamente, possono imporre ai frequentatori maggiore prudenza e considerano loro precipuo interesse adoperare tutte le precauzioni per garantirsi contro possibili infezioni.

4) Propaganda e istruzioni. Gli ispettori e i medici visitatori hanno l'obbligo di fare conveniente propaganda e, infatti, ciò è stato fatto, sia diffondendo opuscoli, sia facendo delle conferenze istruttive. (Il sottoscritto da 12-14 anni fa tutti gli anni una o più conferenze alla Università Popolare sull'argomento).

Fattori accidentali. — Sono specialmente dovuti agli affollamenti — guerre — reclutamenti — fiere — mercati. È in questi casi che le autorità possono e devono prender provvedimenti di eccezione come è successo nel periodo della guerra mondiale, periodo in cui l'internamento in ospedali delle donne malate era obbligatorio.

CONCLUSIONI SANITARIE.

Dalle statistiche su riportate, da quanto mi riferiscono altri colleghi, posso concludere che, con una vigilanza onesta, le malattie veneree debbono sempre più diminuire nelle case di prostituzione, e, cioè la sifilide, salvo casi eccezionali, deve scomparire e così devono scomparire le ulcere veneree, mentre la blenorragia dovrà diminuire fortemente.

La via non è lunga, ma aspra, specialmente, in principio. Mi è capitato nei primi tempi, e cioè quando la nuova coscenza delle padrone di casa e delle prostitute non era ancora trasformata, di avere avuto reclami da esse perchè « mettevo giù di visita » *per capriccio* (secondo loro) e di avere anche raccolto qualche minaccia; quando, però, la grande pulizia è stata compiuta, quando la massa delle donne infette, nei primi mesi del 1924, fu eliminata, quando le maitresses e le prostitute hanno compreso il nuovo orientamento, esse si sono adattate non solo, ma hanno capito anche, che il tecnico rigoroso, oltre a fare un bene schiettamente sociale, faceva il loro interesse.

Come vecchio *liberista*, io non rinunzio ancora alle altre argomentazioni religiose, morali, legali che mi hanno fatto e mi fanno schierare contro qualsiasi regolamentazione delle prostitute (compreso quella italiana che è la più liberale). Però, devo dichiarare e dichiaro che, sulla via per la quale ci ha posti il nuovo regolamento, se interpretato e applicato giustamente, moltissimo si può fare per arrivare a un giusto mezzo che concilierebbe gli interessi supremi dello Stato, tutore della salute pubblica e vigile contro la invasione delle malattie infettive contagiose, e le aspirazioni del sano abolizionismo.

E ripeto qui quanto dicevo nel mio citato opuscolo: il regolamento Crispi del 1888 che si ispirava a concetti di maggior libertà per le disgraziate prostitute, faceva assegnamento specialmente sull'aiuto che il personale tecnico poteva dargli. Ma il regolamento Crispi, forse, era prematuro per gli italiani di quel tempo e, dopo tre anni, è stato modificato in senso più restrittivo.

Perchè un popolo possa meritarsi dei sistemi di oculata libertà, occorre sopratutto una coscienza pubblica più evoluta e una conoscenza più profonda dei propri doveri.

È quello che ha predicato uno dei più grandi Italiani il *Mazzini* nel preziosissimo libro che, purtroppo, è così poco conosciuto e letto: « I doveri degli uomini ».

È quello che vuole il nostro grande Mussolini in nome della Patria.

Firenze, novembre.

RIVENDICAZIONI.

Il segno della congiuntiva nel tifo esantematico.

Janowski (*Wien. med. Woch.*, 1926) a proposito della diagnosi di tifo esantematico, richiama l'attenzione sul *rossore congiuntivale*, segno ritrovato nella massima parte dei casi. Egli afferma che tale sintomo dipende da un'iperemia attiva della congiuntiva dovuta a dilatazione vascolare; ma in molti casi l'iperemia non potrebbe distinguersi da una congiuntivite vera e propria. L'A. ha ritrovato il segno della congiuntiva sull'ottanta per cento dei malati e rileva che esso permette di fare la diagnosi molto precocemente e differenzialmente con altre malattie infettive, all'infuori dell'influenza, in cui il segno della congiuntiva può essere presente.

A parte la questione dell'effettivo valore diagnostico contenuto nel rilievo del Janowski che certamente non diminuisce l'importanza capitale della sieroagglutinazione di Weil-Felix, tale iperemia-flogosi congiuntivale nel tifo esantematico, oggi chiamata « segno della congiuntiva », fu da me osservata e descritta fin dal 1919, nello studio di uno dei primissimi se non il primo focolaio di tifo esantematico comparso nell'alta Italia nell'immediato dopo guerra. La descrizione del sintomo si ritrova in un lavoro pubblicato nei numeri di febbraio, marzo, aprile, maggio 1920 del periodico « *Il Mondo Medico* » di Roma e rappresentava il risultato di esami obbiettivi praticati in parecchi malati di dermotifo.

Scrivevo allora: « Le palpebre sono tumefatte, l'occhio è lacrimoso; osservando attentamente è facile vedere come tutta la congiuntiva bulbare di ambedue gli occhi sia edematosa e come presenti una vascolarizzazione di una morfologia particolare. La congiuntiva è di colore rosa pallidissimo e lucente; dall'angolo interno dell'occhio, in corrispondenza della plica semilunare, si diparte un tenue fascio di vasellini, alcuni diritti, altri tortuosi o bipartiti dicotomicamente, a decorso divergente, che si aprono a ventaglio verso la cornea e si arrestano sul limbo corneale. Si vede così una formazione vascolare a triangolo che ricorda un po' lontanamente per la forma e la regione una caratteristica neoformazione della congiuntiva bulbare e precisamente il pterigion, con la differenza che la base e il vertice sono invertiti; di fatti, mentre nel pterigion la base corrisponde all'angolo palpebrale e la punta è rivolta verso il centro della cornea, nella manifestazione morbosa che sto descrivendo, la base abbraccia il limbo corneale e tende a seguirne la curvatura, mentre il vertice coincide con l'angolo interno dell'occhio. *Tale sintomo è assai costante e persistente nel decorso del processo morboso.* Anche dall'angolo esterno di ambedue gli occhi si diparte una consimile vascolarizzazione, ma in modo meno intenso; quanto basta tuttavia perchè i bulbi oculari offrano nel loro complesso, fortemente iniettati come sono, l'impressione come di persona che abbia lungamente pianto ».

Concordemente a pag. 28, 31, 36, 41, 55 del fascicolo compilato nel 1919 e pubblicato in estratto nel 1920 dal titolo « Un focolaio di tifo esantematico in Laguna » per i tipi della Cooperativa Tipografica Luigi Luzzatti in Roma, si ribadisce l'osservazione della caratteristica vascolarizzazione della congiuntiva bulbare coincidente talora con una flogosi fortissima, dall'arrossamento tipicamente splendente. Così, considerando che l'occhio arrossato si ritrova in molte altre malattie infettive come l'influenza, dove l'arrossamento è fugacissimo, e specialmente nelle febbri eruttive, quali il tifo ricorrente, il morbillo, la scarlattina, il vaiuolo, il morbo di Filatow-Dukes, a pag. 55 scrivevo che « nel tifo esantematico *è assai precoce una formazione vasale della congiuntiva bulbare, a forma triangolare* ».

Rimane adunque dimostrato che fin dal 1919 io avevo notata e descritta nel tifo esantematico quale uno dei segni più costanti, persistenti e precoci, quella speciale vascolarizzazione congiuntivale osservata di recente dal Janowski; e ne rilevai le singolari particolarità sintomatiche, delle quali l'autore d'oltre Alpe non ha ritenuto di tener conto.

Venezia, febbraio 1927. ALFONSO ABBRUZZETTI.

Nostra recentissima pubblicazione :

Prof. F. LA TORRE IL FORCIPE

Seconda edizione riveduta e aggiornata dal
Prof. PAOLO CAIFAMI
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari.

Nelle poche righe che seguono i lettori possono avere cognizione delle direttive tenute dal valoroso giovane clinico Ostetrico-Ginecologo di Bari nel riordinare per la nostra Collana questo manuale che tanto largo favore incontrò nella 1a edizione:

« Gent.mo sig. Pozzi, non turbare l'economia generale « del lavoro, lasciare il caratteristico tipo anedottico, « anche se qualche divagazione sembri eccessiva, soppri- « mendo però la superflua parte autobiografica, ritoc- « care poco e solo in punti oggi unanimemente accettati; « poco aggiungere (nel capitolo delle varietà dei forcipi « e dei danni di esso (1)); sostituire alcune figure non « dimostrative con altre nuove — tali i criteri direttivi « da me seguìti nel preparare, per suo benevolo inca- « rico, la seconda edizione del volume del compianto « prof. La Torre.

« Confido di avere così assolto nel miglior modo l'uf- « ficio affidatomi, concorrendo alle rinnovate fortune di « questo manuale e la ringrazio della fiducia accorda- « tami.

(1) Le parti da me aggiunte sono comprese fra i due asterischi. « Suo aff.mo. **Paolo Caifami** »

Un volume in-8 di pagg. IV-132 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 62 figure intercalate nel testo. — Prezzo L. **24**. Per i nostri abbonati sole L. **21,90** franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

LEZIONI.

Cause delle malattie.

(P. MORAWITZ. *Münch. Mediz. Wochensch.*, n. 47, Fahrg. 73, 19 novembre 1926).

Oggigiorno noi sappiamo che i problemi della medicina vanno risolti non con idee aprioristiche, filosofiche, ma con l'esperienza risultante dall'osservazione.

Ciò che noi chiamiamo leggi naturali non sono delle verità assolute, ma una somma di osservazioni considerate da punti di vista generali. Per il suo modo scientifico-empirico di ricerca, la medicina odierna è ritornata ai suoi inizi.

Ippocrate ed i medici greci, pur non possedendo l'esperienza raggiunta oggi, osservavano in un modo fondamentalmente simile a quello odierno.

I loro successori però abbandonarono questa strada e ancora non è passato molto tempo da quando il medico seguiva i sistemi dettati dal filosofo.

Il XVIII secolo e parte del XIX sono caratterizzati dai cosiddetti « sistemi aprioristici ». Per lungo tempo predominava la teoria di John Brown che considerava la salute come l'equilibrio fra stimolo e reazione; la malattia risultava dallo squilibrio di tali fattori. Ebbe una grande influenza sulla medicina il filosofo Schelling col suo sistema di ripartizione dell'organismo in sensibilità, irritabilità e riproduzione a cui dovevano corrispondere tre parti del corpo.

Perfino il medico Schoenlein, che divenne uno dei più celebri clinici della Germania, parlava nel 1820 delle opposizioni polari fra milza e fegato, consigliando il ferro contro le malattie della milza e il mercurio per curare il fegato.

Si giunse perfino ad essere fieri di aver elevato la medicina alle alte idee filosofiche dalle basse regioni della semplice osservazione ed esperienza.

Il risveglio delle scienze naturali avvenne in Germania per opera di Johann Müller, il geniale fisiologo, e da allora il concetto sull'essenza della malattia subì alterazioni fondamentali.

Tutti i medici avranno osservato che il malato rende responsabile per la sua malattia una causa esterna qualunque, ma le cose non sono così semplici. Anche se le cause esterne possono essere in rapporto alla malattia non sono mai l'unico fattore.

Fra il 70 e l'80 del secolo scorso cominciò l'èra della batteriologia sotto la guida di Pasteur e Roberto Koch.

In rapida successione fu scoperta la causa di un gran numero delle più importanti malattie infettive. L'impressione destata fu tale che si resero responsabili i batteri per qualunque malattia.

Nessuno negherà il grande progresso portato alla scienza dall'èra batteriologica. Ma sono i batteri l'unica causa di malattia? In principio si tenne conto solo di essi e non dell'individuo che si ammala. Gradualmente avvenne la reazione e molti scienziati insisterono sempre più energicamente sull'alto significato della disposizione individuale come una condizione necessaria perchè si sviluppi la malattia. Vi sono malattie, come p. es. la malaria, in cui l'infezione è tutto, la disposizione ben poco. Ma queste sono eccezioni. Si pensi solamente al decorso tanto diverso della tubercolosi e ci si convince che non può dipendere unicamente dalla virulenza e dall'abbondanza dell'infezione.

Vi sono delle altre esperienze ancora non scientificamente chiarite: p. es. l'inizio e la scomparsa delle epidemie. Basti pensare alla comparsa della grippe nel 1889 e nel 1918, alla difterite che si presentò in forma mortale solo alla metà del secolo scorso. La diminuzione di virulenza della difterite non dipende soltanto dall'uso del siero di Behring ma anche da cause interne che ci sfuggono, e l'epidemia cessa benchè siano ancora determinabili i batteri nell'individuo.

I batteri non sono dunque l'unica causa di malattia, ma sono sempre però la condizione necessaria per lo sviluppo della malattia. Oggigiorno, sotto l'influenza delle ricerche costituzionali v'è un certo disprezzo per la batteriologia, ma per quanto potranno cambiare in avvenire i concetti fondamentali della medicina, le scoperte biologiche rappresenteranno sempre dei fatti da tenere in alta considerazione. L'opera di Pasteur e di Koch è *aere perennius*.

La teoria della costituzione, ora tanto in voga, era stata intuita nell'antichità con il concetto di Galeno dei quattro temperamenti, nell'epoca di Virchow con la patologia umorale e con la tripartizione di Schelling. La *costituzione* rappresenta il plasma germinale ereditato dai genitori e dagli antenati e che caratterizza l'uomo fino alla morte; la *condizione* invece è l'influenza dell'ambiente esterno. I segni esterni dei caratteri costituzionali formano l'*habitus*.

Non esiste una buona ed una cattiva costituzione, ma vi sono dei tipi riconoscibili a cui si può attribuire con ragione una tendenza verso date malattie per cui mancano di difesa. Sigaud distingue 4 tipi: l'habitus respiratorius, corrispondente al tipo longilineo, l'habitus vegetativus, al tipo largo; l'habitus muscularis, al tipo atletico; l'habitus cerebralis, al tipo con cranio sviluppato in modo speciale.

Non v'è dubbio che alcuni di questi tipi sono specialmente predisposti a date malattie: p. es. l'habitus respiratorius, cioè l'uomo longilineo si ammala facilmente di tubercolosi. L'habitus vegetativus dimostra tendenza ad ammalarsi di artritismo comprendente gotta, diabete, adiposi ed arteriosclerosi.

Queste sono peculiarità costituzionali visibili, ma vi sono dei caratteri interni ereditati che concernono prevalentemente il sistema nervoso, le cosiddette malformazioni chimiche che si manifestano con malattie del sangue, daltonismo, ecc. L'esperienza insegna inoltre che la presenza in vari membri di una famiglia di una data malattia locale è segno di una *inferiorità organica* ereditata col plasma germinale. Quest'ultimo fattore è stato molto studiato e gli sono state attribuite varie peculiarità anatomiche nonchè l'infantilismo e la senilità precoce di dati organi. L'inferiorità organica è senza dubbio il fondamento dell'ereditarietà di certi tumori.

Nell'epoca della patologia umorale, prima che Virchow considerasse la cellula e gli organi come la sede della malattia, predominava il concetto che le malattie si sviluppassero da alterazioni generali dell'intero organismo, di tutti i suoi tessuti e di tutti i succhi. Tali stati furono detti anche *diatesi*. Rappresentavano il concetto, vigente ancora oggi, della reazione anormale dell'intero organismo o di sistemi di organi. Questa teoria è riconosciuta specialmente in Francia (p. es. per l'artritismo). È probabile che si tratti di vere anomalie di costituzione spiegabili embriologicamente con una insufficenza di un foglietto germinale.

La parte funzionale del problema è ancora oscura. Sono stati determinati dei tipi con aumentato e diminuito tono della musculatura liscia, ma non si sa quale ne sia la causa.

Si può dire che oggi l'attenzione dei medici è rivolta verso la ricerca costituzionale. Non v'è dubbio che ogni individuo dipende fisicamente e psichicamente dai suoi antenati in misura molto maggiore di quello che fino ad ora si credeva.

Data la direzione degli studi attuali è naturale che le *cause esterne* di malattia passino in seconda linea. Quando non si tratti direttamente di infezioni, non si dà loro più tanta importanza, specialmente nella medicina interna. Ma non bisogna esagerare. Fra le principali cause esterne viene in primo luogo la *nutrizione*. La mancanza di vitamine produce vari fenomeni patologici, che però non compaiono, come ci insegna l'esperienza, senza l'azione di fattori costituzionali. Il *raffreddamento* non costituisce direttamente la causa di malattia, ma quando s'incontrano vari fattori costituzionali e condizionali che producono l'ambiente favorevole allo sviluppo della malattia, il raffreddamento alterando la circolazione e, secondo Schade, anche i colloidi dei tessuti, agisce da agente provocatore. Questa è l'interpretazione da dare all'essenza del cosiddetto raffreddamento.

Finalmente v'è ancora un problema di interesse generale: i processi psichici, come paura, terrore, disperazione, possono produrre malattie organiche o almeno influenzarle come fattore favorente? Benchè non esistano osservazioni che dimostrino chiaramente questo fatto, posso ammettere la possibilità dell'influenza psichica nel senso di favoreggiamento della genesi di una malattia interna. Tutti sanno che gli organi interni si trovano sotto l'influenza del sistema nervoso vegetativo ed è chiaro che quando viene colpito questo sistema gli organi debbano risentirlo.

Da tutto ciò che è stato detto risulta che non si può mai parlare di un'unica causa patogenetica. Si tratta sempre di fenomeni molto complessi. Si può dire perfino che non esistono malattie, ma soltanto individui malati. Perciò non sarà mai possibile una esatta classificazione delle malattie. E poichè malattia significa vita in condizioni alterate e poichè le cellule ed i tessuti reagiscono spesso allo stesso modo verso stimoli diversi, si può facilmente pensare che la stessa malattia può svilupparsi per cause del tutto diverse.

Verworn ha proposto di trascurare il concetto di causa nello studio dei problemi biologici e di introdurre il condizionalismo, cioè: un processo biologico ha necessariamente luogo quando s'incontrano un numero di condizioni, ognuna delle quali è da ricercarsi. Ma è esagerato il trascurare il concetto di causa, poichè tanto spesso, nello sviluppo della malattia, predomina una condizione in modo che si può considerarla come la più importante, anzi la causa obbligata.

Le nostre cognizioni però non sono ancora così vaste da poter distinguere in tutti i casi di malattia le cause obbligate e facoltative, e le ricerche procedono lentamente.

In questi tempi, in cui i progressi sono dati da lavori isolati, regna un senso di poca sicurezza. Molti medici critici e studiosi si domandano dove trovare nuovi impulsi per la medicina. Purtroppo si ha l'impressione di un ritorno a quei concetti predominanti nell'epoca filosofica della medicina.

Non è certo un ritorno ai vecchi concetti già oltrepassati ma le idee fondamentali odierne assomigliano a quelle contro cui si schierava Wunderlich 100 anni fa.

Non voglio certo diminuire la parte filosofica della ricerca medica, anzi sono persuaso che è impossibile un lavoro scientifico produttivo senza immaginazione. Virchow vedeva nella fantasia l'intera struttura della patologia cellulare prima di dimostrarla in tutti i dettagli; Ehrlich ebbe l'idea della *therapia sterilisans magna* già in gioventù. Ma la differenza fra lo scienziato e il filosofo fantasioso consiste nel fatto che il primo sottopone le sue idee ai metodi scientifici e le comunica dopo aver fatto subire a loro tale esame, il secondo considera le sue intuizioni giuste a priori.

Le ricerche della medicina moderna debbono tendere a scoprire i rapporti fra le cellule, fra gli organi, la dipendenza di uno dall'altro. Fino ad ora si è considerata la cellula troppo come un semplice organismo elementare, benchè molti fatti dimostrino che in una cellula possono avvenire contemporaneamente e indipendentemente l'uno dall'altro numerosi processi.

Sono convinto che faremo un nuovo progresso nella ricerca delle cause di malattia quando osserveremo più a fondo la cellula, quando penetreremo in un mondo più piccolo del mondo microscopico.

Nessuno potrà dire che ciò è impossibile. Anche se non conosceremo mai l'essenza della vita, dobbiamo tendere di penetrare alle fonti della vita, cioè nella struttura cellulare, non soltanto con speculazioni filosofiche, ma con osservazioni di fatto.

Ciò corrisponde alla grande tradizione della clinica di Lipsia, che conta fra i suoi direttori dei nomi illustri come Wunderlich, Wagner, Curschmann, v. Strümpell.

Finirò con le parole del clinico Naunyn, il quale disse: « La medicina deve essere una scienza naturale o non deve essere ».

M. GHIRON.

☛ *Interessante per tutti i medici pratici*

Prof. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli.

La Terapia Clinica nella Medicina Pratica

Indicazioni-Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.

Un grosso volume di pagg. VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del « Policlinico » nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58.** Per i nostri abbonati sole L. **52** franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

La disfunzione epatica nei parkinsoniani postencefalitici.

(GIANOTTI. *Minerva Medica*, anno IV, n. 30).

Le indagini scientifiche che hanno affaticato la mente di tanti ricercatori in questi ultimi anni, hanno oramai ben caratterizzato sia dal punto di vista clinico che anatomo-patologico tutta una serie di affezioni, che si manifestano clinicamente in prevalenza con rigidità e con movimenti involontari (tremore, atetosi, ecc.) e anatomo-patologicamente riconoscono per causa una lesione localizzata in corrispondenza dei nuclei della base. Queste affezioni si possono classificare in tre gruppi di sindromi (Lhermitte):

1) Sindrome di lesione di tutto lo striato: morbo di Wilson, pseudosclerosi di Westphall-Strümpell, sindrome pseudobulbare e parkinsonismo senile;

2) Sindrome di lesione del putamen e caudato: sindrome di Vogt, corea di Huntington;

3) Sindrome di lesione pallidale: parkinsonismo giovanile.

Ricerche ulteriori su queste affezioni hanno dimostrato la frequenza con cui in alcune fra esse si possa svelare anche un disturbo nella funzionalità epatica, specie nel morbo di Wilson e nella pseudosclerosi di Strümpell.

Se consideriamo ora l'encefalite e il suo esito più frequente, il parkinsonismo postencefalitico, che alle sindromi già descritte si avvicina moltissimo, sia per le lesioni anatomiche che per la sintomatologia clinica, appare logico studiare anche in esso la funzionalità del fegato.

Alcuni AA. infatti (Meyer Bish, Stern, Buscaino, Leyser e altri) avevano studiato la questione senza però giungere ad un accordo comune. L'A. riprende lo studio della funzionalità epatica nel parkinsonismo postencefalitico. L'A. riporta sette casi di sua osservazione, in cui ha saggiato la funzionalità epatica coll'emoclasia digestiva e con la glicosuria sperimentale, traendone le seguenti conclusioni: che esiste in tutte le sindromi parkinsoniane encefalitiche un certo grado di insufficienza epatica, che aumenta col progredire della malattia. Che questa insufficienza non insorge nel periodo acuto dell'encefalite ma più tardi, e non è quindi la lesione epatica la causa della sindrome parkinsoniana, come alcuni AA. vorrebbero ammettere, ma piuttosto la conseguenza delle lesioni cerebrali dell'encefalite.

Per spiegare poi questo certo grado di disfunzione epatica (insufficienza latente) l'A. emette

l'ipotesi che come si abbia per la lesione del sistema miostatico extrapiramidale di Strümpell una rigidità nel tessuto muscolare, così si può trattare di una rigidità o torpidità della cellula epatica, la quale pur non essendo lesa nel vero senso della parola (e l'anatomia patologica infatti non ha trovato in questi casi lesioni sicure e progressive per spiegare la positività delle ricerche atte a dimostrare l'insufficienza del fegato) non è più capace di effettuare il suo lavoro specie se più rapido e intenso del normale, per quel certo grado di torpore, che a somiglianza della cellula muscolare, colpisce anche essa. La rigidità cellulare che colpisce il tessuto muscolare e l'epatico, non è detto che debba risparmiare gli altri organi, specie il pancreas e il rene, cosa che già alcuni fatti tenderebbero ad ammettere, ma che solo ulteriori studi potrebbero dimostrare.

Conclude l'A. dunque non esservi nessuna relazione fra fegato e corpo striato rispetto alla patogenesi dell'encefalite letargica nè potersi ravvicinare il morbo di Wilson, che con ogni probabilità riconosce per causa una tossicosi primitiva del fegato, alla disfunzione epatica nel parkinsonismo postencefalitico, che ne è la conseguenza.

M. CAJA.

Indicazioni e trattamento chirurgico degli ascessi amebici del fegato e valore della sutura primitiva senza drenaggio.

(H. COSTANTINI. *Revue de Chir.*, n. 6, 1926, nov.).

Sulla scorta di 10 osservazioni proprie l'A., dopo aver constatato come non sempre la terapia emetinica sia sufficente alla cura degli ascessi amebici del fegato schematizza le indicazioni al trattamento chirurgico e rende noti gli ottimi risultati da lui ottenuti con la sutura primitiva della cavità ascessuale senza drenaggio.

Per l'A., la indicazione più formale al trattamento chirurgico è la gravità dello stato generale dell'infermo, quando, s'intende l'emetina non sia stata capace di lottare contro gli accidenti provocati dalla formazione ascessuale imponente. Altra indicazione è la presenza di microbi nel pus; l'A., a questo proposito afferma che non bisogna più prestar fede all'antica teoria che ammetteva che le amebe trasportando con loro dei microbi creassero così la suppurazione epatica; l'ameba è bensì capace senza aiuto alcuno di agenti patogeni di creare le collezioni del caratteristico pus, ma questo pus, pur non essendo asettico, è però amicrobico.

L'indicazione chirurgica perciò si rende logica quando la cisti amebica si sia infettata, perchè allora su di essa si sa che l'emetina non ha alcun risultato.

Una terza indicazione può essere data dal volume considerevole dell'ascesso, specie se questo minaccia di aprirsi, ed un'ultima indicazione per l'intervento chirurgico è fornita dall'apertura dell'ascesso nelle vicine cavità.

Schematizzate così le indicazioni chirurgiche, l'A. passa a sostenere il valore della sutura primitiva senza drenaggio; questo modo d'intervento è fondato sulla constatazione che la maggior parte degli ascessi amebici del fegato contiene del pus amicrobico: nei 10 casi personali infatti, l'esame del pus fu sempre negativo per germi microbici.

L'A. giunto sulla sacca ascessuale pratica una puntura ed aspira una certa quantità di pus che viene subito inviato al laboratorio per l'esame. Intanto il liquido viene aspirato, la sacca largamente aperta, le pareti leggermente strofinate con compresse.

Se l'esame del pus che intanto è stato compiuto in laboratorio è negativo per germi microbici, la breccia epatica viene suturata e poscia vengono suturati i piani muscolari e cutanei senza lasciare alcun drenaggio.

Nel caso invece che l'esame sia positivo per germi microbici, l'A. crede opportuno drenare, ed egualmente ricorre a questo mezzo se l'esame di laboratorio non è stato possibile.

Alla cura chirurgica s'intende va sempre associata la terapia emetinica, anzi l'A. ha usato e raccomanda una cura di emetina ed arsenico. Il vantaggio della sutura primitiva è: la rapidità della guarigione, ed inoltre l'assenza di drenaggio non espone a infezioni secondarie, cattiva cicatrizzazione, dolori, ecc.; in questo modo l'infermo è restituito alle sue occupazioni dopo 10-15 giorni invece che dopo 1-2 mesi di cure.

I risultati ottenuti dall'A. sono tali infatti (9 guarigioni su 10 operati, 1 morte in individuo fortemente cachettico) da raccomandare questo modo d'intervento.

FILIPPA.

RENE E VIE URINARIE.

Sul rene a ferro di cavallo e sulle operazioni nel rene a ferro di cavallo.

(A. FISCHER. *Zeit. f. Ur. Chir.*, vol. XX, fasc. 3-4).

L'importanza clinica del rene a ferro di cavallo è dovuta alla relativa frequenza con la quale si incontra. Da numerose statistiche (Israel, Kümmel, Ulyés, Judd, ecc.) se ne incontrerebbe un caso ogni 140-160 operazioni sul rene.

Nei reperti di autopsia invece il rene a ferro di cavallo è molto più raro: 1 su 730 sezioni. Ciò starebbe a significare che il rene a ferro di cavallo ha 5-6 volte più dei reni normali disposizione ad ammalare. Si sa che in generale gli

organi che presentano anomalie di sviluppo ammalano più facilmente dei normali. Nel rene a ferro di cavallo inoltre bisogna prendere in considerazione lo sfavorevole decorso degli ureteri e le facili stasi dell'orina. Il tratto che unisce i due reni è quasi sempre teso fra i due poli inferiori e può variamente presentarsi da un semplice ponte di tessuto fibroso, fino a un vero terzo rene con propria pelvi e uretere. Topograficamente reni così malformati sono situati più bassi dei reni normali, il polo superiore sta verso la 1ª-2ª lombare, mentre l'estremità inferiore sta al davanti della 4ª o della 5ª. I due reni sono o paralleli alla colonna o formano con questa un angolo aperto in alto. La pelvi sta anteriormente. Non raramente hanno ureteri e arterie sopranumerari. Essendo molto più fissi dei reni normali, più facilmente vanno soggetti a traumi. Per il decorso anteriore dell'uretere viene ostacolato il deflusso dell'òrina, infatti frequentemente i reni a ferro di cavallo divengono idro- o pionefrotici o calcolosi. Raramente ammalano invece di tubercolosi o si sviluppa su di essi un neoplasma.

Del resto anche un rene a ferro di cavallo sano può dare luogo a una sindrome dolorosa addominale, descritta specialmente da Rovsing e da questo A. attribuita alla compressione dei grossi vasi e dei nervi del sistema vegetativo. Infatti sono riferiti nella letteratura molti casi (Brongersma, de Groot, Judd, ecc.) nei quali fu praticata con successo la sezione di un rene a ferro di cavallo sano che dava luogo a dolori. Colla pielografia è possibile porre una diagnosi preoperatoria, se esistono calcoli anche la disposizione e la posizione di essi può far pensare alla possibilità di un rene a ferro di cavallo. Sono segni di presunzione di un rene a ferro di cavallo all'esame radiologico i seguenti:

1) la posizione del rene rispetto alla colonna e alla linea mediana;

2) la situazione molto bassa bilaterale dei reni;

3) l'ombra del tratto di unione, talora visibile;

4) il fatto che l'angolo colico destro invece di coprire il rene è situato all'esterno dell'ombra renale.

Nella pielografia è importante la brevità degli ureteri e la loro vicinanza alla linea mediana e l'angolo che forma la pelvi coll'uretere.

Durante un intervento si può riconoscere un rene a ferro di cavallo per la posizione più mediale del normale che necessita un più ampio scollamento peritoneale, per l'impossibilità di lussare il polo inferiore e infine per la posizione anteriore della pelvi e dell'uretere.

Alcuni chirurgi preferiscono la via transperitoneale per accedere a un rene a ferro di cavallo, altri la via lombare, fra questi ultimi Judd il quale in base a numerose osservazioni fa notare come la via transperitoneale sia pericolosa non soltanto in casi di infezioni del rene o vie orinarie, ma anche in casi asettici poichè si può sempre avere uno scolo di orina del parenchima renale cruentato. L'A. preferisce la via lombare attraverso la quale crede che si possa senza eccessiva difficoltà eseguire anche la sezione del tratto intermedio. Naturalmente è necessaria una lombotomia molto ampia che si estenda in avanti almeno fino alla linea ascellare anteriore e anche più avanti se necessario, e bisogna resecare la 12ª costa. Poichè essendo impossibile lussare il rene, tutte le manovre operatorie vanno fatte nell'interno della ferita. La maggior difficoltà di questi interventi sui reni a ferro di cavallo è rappresentata dalla sezione del tratto di unione quando questo è formato da uno spesso ponte di parenchima renale. Anche la nefrectomia può riuscire molto difficile per la presenza di vasi accessori e la brevità dei vasi renali specie se una pelvi distesa li ricopre. L'A. si occupa di questi problemi indicando alcuni accorgimenti per risolverli. Consiglia inoltre di ricoprire la superficie cruenta del rene superstite, dopo sezione dell'istmo con un tratto di capsula fibrosa. L'A. riferisce di un caso di calcolosi in rene a ferro di cavallo da lui operato, nel quale eseguì dapprima una pielotomia, ma poi per le lesioni degenerative del parenchima renale praticò l'asportazione del rene.

MANFREDO ASCOLI.

Sulle recidive dopo prostatectomie alla Freyer.

(FRONSTEIN et MESCHEBOWSKI. *Zeit. f. Ur. Chir.*, XX vol. 3/4).

Gli AA. riferiscono numerose statistiche dalle quali appare come il riapparire di quei fenomeni che esistevano prima dell'enucleazione della prostata si ha in un numero molto piccolo di operati. Intorno all'1 %. Però gli AA. le credono più frequenti, specialmente con sintomi tanto leggeri da non costringere i malati a cercare l'aiuto del medico. D'altro lato, data l'età degli operati, la generalmente non lunga sopravvivenza all'operazione evita molte recidive. Queste vengono distinte in due gruppi: *a*) funzionali; *b*) anatomiche. Nei malati del primo gruppo la sintomatologia è per lo più dovuta a una insufficienza senile del detrusore, che per lo più peggiora dopo la prostatectomia. Tale insufficienza preesisteva all'intervento e in alcuni casi certamente essa più della prostata ingrossata è responsabile della

disuria. Agli effetti della funzione ciò che è stato detto vale anche per quei casi nei quali una ipertrofia della prostata coesiste con una paresi o paralisi del detrusore di origine centrale. Young però ha riferito di 4 casi di questo genere ai quali la prostatectomia portò notevole giovamento.

Le recidive anatomiche vengono distinte dagli AA. in vere e false. Sono false quelle dovute a operazioni incomplete e come tali ritengono gli AA. tutte le prostatectomie parziali, sia eseguite per le vie naturali sia per la via soprapubica, nonchè le recidive locali di tumori maligni della prostata.

La questione delle recidive anatomiche vere — cioè dopo una completa prostatectomia eseguita *lege artis* — è ancora aperta. Alcuni (Marion, Proust) ne negano la possibilità. Altri le ritengono sempre carcinomatose. Altri vere nuove ipertrofie glandolari che proverrebbero da quel tessuto ghiandolare prostatico che rimane dopo l'enucleazione sotto forma di capsula. Gli AA. attribuiscono una grande importanza alle glandole sottouretrali che nelle ipertrofie della prostata spesso si ritrovano ipertrofizzate sotto forma di noduli emisferici del volume di un fagiolo o di una ciliegia e che facilmente, nelle enucleazioni fatte non sotto il controllo della vista, o in quelle rese difficili da aderenze possono venire lasciati *in situ*. Tandler e Zuckerkandl in un caso loro occorso attribuirono la recidiva alla ipertrofia delle ghiandole uretrali di una porzione dell'uretre prostatica che non venne asportata durante l'intervento. Consigliano perciò dopo l'enucleazione una esatta revisione della loggia prostatica allo scopo di non lasciare in essa questi noduli, già osservati da Legueu e da Freudenberg, che sarebbero la causa delle recidive vere.

Anche tali precauzioni non sono però assolutamente sufficienti a garantire contro una eventuale recidiva, per le difficoltà che possono esistere in qualche caso e per il fatto che talora tali noduli sono talmente piccoli da sfuggire facilmente. Dal punto di vista che riguarda la prevenzione delle recidive, la prostatectomia soprapubica ha molti vantaggi sulla perineale. Pauchet su 55 prostatectomie perineali ebbe 3 recidive mentre ne ebbe 2 sole su 155 malati operati per via soprapubica.

MANFREDO ASCOLI.

Il trattamento e la prognosi dei tumori maligni della vescica.

(SIMON. *Bruns Beitr. z. Klin. Ch.*, Bd. 136, 1926).

Secondo Josef soltanto i tumori della cupola o vicini alla cupola vescicale possono essere trattati con la resezione; quelli del pavimento o delle vie vescicali se gli individui sono in buone condizioni si può pensare alla cistectomia totale oppure alla termo- o chemiocoagulazione insieme con una rontgenterapia. L'A. ha raccolto i casi da lui operati dal 1912 al 1923 che ammontano a 50. Di questi una parte recidivarono così che su 50 pazienti ha praticato 73 operazioni. Le recidive nei carcinomi della vescica sono molto più frequenti degli altri carcinomi, ma la prognosi di tali recidive è migliore di quella di altri tessuti del corpo; per questo non si può dire che dopo 5 anni si avveri la guarigione definitiva avendosi dei casi di recidiva anche dopo 7, 10, 12 anni.

Dei 50 sono in vita 24 = 48 % e morti 26 = 52 %. Tra questi ultimi 12 giudicati inoperabili furono trattati incompletamente con cauterizzazione che permise il prolungamento della vita ancora per qualche tempo fino ad un anno e mezzo. Degli altri 14 operabili 2 morirono in seguito all'operazione per pneumonite, gli altri 12 finirono per recidiva e cachessia da 6 mesi fino a 12 anni dopo l'operazione.

Nelle sezioni solo in un caso si trovò una metastasi in una capsula surrenale; anche le ghiandole intorno alla vescica sono appena prese e da ciò deriva la relativa benignità dei tumori della vescica ed il fatto che si deve rigettare l'estirpazione totale della vescica con la sua mortalità operatoria del 35-50 %. Però se il malato sopporta l'intervento vi è maggior speranza di guarigione radicale.

Dei 50 operati 24 sono vissuti sopra i due anni dalla prima operazione. I malati venivano controllati con la ricerca ogni 2-3 mesi del sangue nelle urine cui, nel caso positivo, faceva seguire la cistoscopia.

La prognosi di un tumore papillomatoso con uno stretto picciuolo anche quando sia dimostrabile istologicamente il carattere carcinomatoso è migliore di un altro con accrescimento a cespuglio; tra i 24 viventi 22 avevano un tumore papillomatoso e 2 un carcinoma infiltrato; tra i 26 morti 8 avevano già un tumore primitivo infiltrato.

La statistica relativamente buona è in gran parte in rapporto col fatto che di 50 casi 36 erano dovuti a sostanze chimiche (aniline). Infatti la statistica dei viventi nei tumori da aniline dà una percentuale di 52.8, mentre in quelli con genesi sconosciuta dà quella del 35.7 %.

I tumori da anilina cominciano sempre come tumori papillomatosi ed hanno uno sviluppo lento dimostrabile con l'epoca della comparsa dell'ematuria e la grandezza del tumore. Essi possono conservare per un certo tempo una relativa beni-

gnità e poi per un trauma od un'operazione incompleta assumere l'andamento maligno.

Macro- o microscopicamente non si può dire con sicurezza se il tumore recidivi o meno: tumori escissi fino a 20 volte senza mai traccia di malignità hanno poi dato un quadro tipico di malignità. D'altro canto vi sono casi con ripetute recidive ove l'esame istologico ha dato un reperto maligno pur avendosi la conservazione della vita. Così che per questa incertezza prognostica si può dire che tutti i tumori della vescica si devono operare anche quando sono maligni.

Il trattamento può essere classificato in 3 gruppi: metodi endovescicali, resezione parziale della vescica, cistectomia totale.

Per il trattamento endovescicale hanno abbandonato l'uso dell'ansa fredda o calda ma usano già da 12 anni l'elettrocoagulazione con buon risultato e che è superiore alla chemiocoagulazione con acido tricloroacetico.

Nell'escissione con la sectio alta bisogna distinguere la resezione comprendente la mucosa o quella della mucosa e della parete vescicale. Il primo metodo è da rigettarsi poichè non è radicale. La resezione è preferibile, sia fatta extraperitonealmente o se ciò non è possibile, quando la cavità peritoneale sia chiusa. La resezionne dev'essere fatta un centimetro e mezzo all'intorno del tumore in tessuto sano. La vescica permette ampie resezioni ed esiste un caso operato da due anni in cui fu lasciato il trigono ed un orlo intorno di 1 cm. e che attualmente ha una capacità di 300 cm.

Negli ultimi due anni hanno fatto qualche estirpazione totale della vescica con impianto degli ureteri nel grosso intestino escluso, ma l'atto operativo è grave e due casi sono stati seguìti da morte.

Riguardo al trattamento radiologico non è molto ottimista pur avendo qualche caso con buon risultato R. BRANCATI.

EPIDEMIOLOGIA.

Alcune considerazioni di epidemiologia sperimentale.

(M. GREENWOOD e W. TOPLEY. *Proceed. of the royal Soc. of. med.*, aprile 1926).

Gli AA. hanno studiato, col metodo statistico, l'andamento di epidemie di pasteurellosi in circoscritte comunità di topi, nelle quali si facevano immigrare, a determinati periodi, topi indenni. L'esperimento fu complicato dalla comparsa di una infezione da B. aertryck. Hanno pure studiato la mortalità di tre gruppi di topi: gruppo A, infetto di Pasteurella, gruppo B superstiti del gruppo A, separati da esso dopo un certo tempo, gruppo C, topi indenni fatti immigrare in B. Tennero pure conto, nel gruppo B, dei superstiti di onde epidemiche gravi e leggere. Giungono alle seguenti conclusioni, dopo un esperimento durato qualche anno. Nelle comunità di topi una malattia microbica continua indefinitamente se vi immigrano sempre topi indenni suscettibili. Per un certo tempo un'altra infezione può prendere il sopravvento, e la prima sembrare scomparsa, per ricomparire dopo qualche tempo. Le onde epidemiche secolari, gli AA. deducono per analogia, che sono probabilmente in rapporto con la periodica immigrazione di individui recettivi oltre che col grado e la diffusione dell'immunità nella comunità primitiva. L'estinzione temporanea delle epidemie non sembra in rapporto con una mutata costituzione epidemica, entità ipotetica riesumata ogni tanto da Sydenham in poi, nè con un esaurimento dei recettivi, nè con l'esaurita virulenza del germe, ma piuttosto con la immunizzazione attiva. Infatti la sopravvivenza era maggiore nel gruppo B in confronto del C, ed era maggiore nei topi B rimasti in A lungo tempo durante lievi ondate epidemiche, anzichè in quelli rimasti in A breve tempo durante un'epidemia grave.

Del resto anche nell'uomo si è osservato che lasciano dietro a sè una maggiore e più diffusa immunità le epidemie lievi che le gravi. Ciò si è veduto recentemente per l'influenza. Durante l'ultima guerra è stato talora osservato che in certe caserme ammalavano di meningite epidemica quasi esclusivamente le nuove reclute anzichè i soldati anziani. (J. A. Glover).

Benchè queste esperienze non tengano conto di tutto il complesso problema epidemiologico, e nulla di nuovo ci dicano, valeva la pena di farle per dare alle vecchie acquisizioni una base sperimentale: non è detto che non siano per essere feconde di migliori risultati in seguito.

DORIA.

☛ *Pubblicazione importante:*

Dott. AZEGLIO FILIPPINI

Dirigente il Reparto di Igiene applicata nell'Istituto sperimentale delle F.F. S.S. in Roma.

Prontuario dell' igienista

Prefazione del Prof. GIUSEPPE SANARELLI

Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Università di Roma.

Manuale compilato con criteri eminentemente pratici ad uso dei medici condotti, degli ufficiali sanitari e di tutti i funzionari addetti alla vigilanza igienica.

Un volume in-8, di pag. XVI-564, stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici e rilegato artisticamente in tutta tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **52**. Per i nostri abbonati sole L. **48,50** franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dott. C. Santoro. *Sindromi di urgenza.* Volume in VIII, di pagg. IV-386. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 45.

Un libro che si occupa delle *Sindromi d'urgenza* deve, a mio parere, essere preso senz'altro in benevola considerazione, perchè esso contribuisce alla diffusione di conoscenze necessarissime e preziose per il medico pratico.

Il *Pronto Soccorso* rappresenta in se stesso e per i medici che sono per lo più chiamati ad eseguirlo, la parte più difficile dell'arte sanitaria sia negli ospedali che nelle case private.

L'inizio brusco e tumultuoso della sindrome, la gravità che quasi sempre l'accompagna fino alla possibilità di pericolo di vita del malato, la necessità, nel medico chiamato, di un rapido orientamento sulla natura del male a cui far seguire un'azione immediata e che molte volte non ammette dilazioni, sono tutti elementi che rendono difficile la scelta della via giusta che il medico deve seguire.

Del resto basta solamente pensare alla possibilità di trovarsi davanti all'esplosione di una sindrome appendicolare acuta o ad un bambino affetto da stenosi laringea, ovvero alla conseguenza di un trauma cerebrale, stati morbosi in cui si deve decidere o no di intervenire, per comprendere subito quanto sia giusto quello che sopra ho esposto.

D'altra parte è necessario anche pensare che ogni medico può trovarsi nella necessità di compiere un pronto soccorso, ma praticamente sono per lo più chiamati i giovani da poco laureati o perchè addetti alle sale di pronto soccorso negli ospedali delle città o perchè, richiesti privatamente sia di notte che di giorno, sono i primi ad accorrere perchè agili e volenterosi.

E se pensiamo che per quanto ricchi di cognizioni teoriche, i giovani ancora non hanno acquistato quella rapidità di orientamento, di azione, che solo gli anni di pratica forniscono, se consideriamo tutto ciò, resta giustificata l'accoglienza benevola che bisogna fare al libro del dottor Santoro che serve di sicura guida in tali occasioni.

Ma oltre che per i concetti generali il libro del Santoro è raccomandabile anche per il modo come è scritto.

In forma chiara e concisa vi sono esposte le varie sindromi morbose, senza deviazioni nel campo della teoria, precisa è l'indicazione della via da seguire, moderni i concetti terapeutici che l'ispira. Esso è diviso in pronto soccorso medico e chirurgico, ma ogni medico deve leggerlo tutto, perchè il pronto soccorso non ammette specialità.

Io ho letto il libro ponderatamente e posso con coscienza raccomandare di fare altrettanto a tutti i medici ma specialmente ai giovani e credo che ciò facendo potranno risparmiare a loro stessi quella incertezza che talvolta segue ad un'azione terapeutica non sicura ed ai malati qualche intervento non perfettamente intonato al male che li ha colpiti.

Prof. Agostino Carducci.

Saxl P. *Fortschritte und Probleme in der Therapie innerer Krankheiten.* Springer, Berlin 1926. Mk. 6.60.

È una breve raccolta di 12 conferenze sulle quali l'A. prende in esame i più importanti problemi della terapia medica, quali oggi si presentano sotto la luce delle più recenti indagini. Nella prima conferenza espone i concetti generali sulle reazioni dell'organismo consecutive al salasso e alle iniezioni; sulla terapia aspecifica, sulla chemoterapia con particolare riguardo al trattamento delle malattie infettive; sulla terapia con preparati ormonici. Nelle successive conferenze tratta della terapia delle malattie del ricambio, dell'idropisia, delle malattie del cuore e dei vasi, di quelle del rene, dello stomaco e dell'intestino, del fegato, del polmone e del sangue. Nelle singole conferenze, l'esposizione teorica è corredata da vari casi clinici riportati quali esempi della applicazione delle norme oggi meglio consigliate.

È un piccolo volume che racchiude in breve spazio molte nozioni utili allo studioso e al pratico.

Trenti.

Ortner N. *Klinische Symptomatologie und Differential-Diagnose innerer Krankheiten.* III ediz., I vol., p. II. Urban e Schwarzenberg, Berlin 1926. Mk. 18.

In questo volume dell'opera dell'Ortner, è trattato di un solo sintomo « il dolore », esponendo in una analisi minuta tutte le caratteristiche che può rivestire il dolore e il valore che in base alle stesse caratteristiche può assumere il sintomo per la interpretazione delle varie malattie. La materia è ordinata a seconda delle varie regioni del corpo e dei vari sistemi; manca soltanto la trattazione dei dolori addominali.

Come negli altri volumi, alla descrizione del dolore in una determinata sede, sono esposti minutamente tutti i diversi caratteri che si accompagnano al sintomo stesso nelle varie affezioni sia degli organi corrispondenti a quella determinata regione, sia di quelli che situati in altra sede, in essa hanno la loro irradiazione dolorosa.

Trenti.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 18 gennaio 1927.

Presidente: Prof. M. DONATI.

Nefralgia con ematurie intermittenti da perinefrite sclerosante. Intervento e guarigione.

ROMANI A. — Riferisce su di una donna di 25 anni, nubile, con tipico dolore ed ematurie intermittenti. Il reperto radiografico poteva far pensare a calcolosi. Però le dimensioni normali del bacinetto che per la lunga durata della malattia avrebbe dovuto essere più ampio, la sintomatologia subbiettiva che interveniva anche durante l'assoluto riposo, la scarsa sofferenza renale erano tutti elementi atti a fare sospettare che l'ombra rilevata non appartenesse al rene. Era tuttavia da escludersi una nefrite ematurica per l'assoluta integrità dell'organo che soltanto aveva dimostrato un ritardo nell'eliminazione del carminio d'indaco. Le forti sofferenze della paziente consigliarono lo intervento.

Si trova una estesa e totale perinefrite sclerosante, anzi le aderenze sono così tenaci, che per le manovre necessarie a liberare ed esteriorizzare il rene, si provoca il laceramento della capsula in un punto. Anche la capsula è retratta ed ispessita e presso il polo inferiore abbraccia il rene con un fascio spesso che sembra agire sull'organo come un cingolo strozzante. La nefrotomia dimostra che non esiste calcolo; l'esame della loggia rivela invece che presso i vasi dell'ilo renale nella sede indicata dal radiogramma esiste una linfoglandula ingrossata e calcificata che per volume e forma ricorda perfettamente l'ombra radiografica. La paziente è guarita. Riguardo alla natura del processo con ogni probabilità si tratta di una perinefrite specifica.

Considerazioni sul sinergismo farmacologico.

SCREMIN L. (Società di Biologia). — Sotto il nome di sinergismo (potenziamento dell'azione farmacologica) vanno fenomeni diversi nella loro natura che devono essere diversamente interpretati. Se si vuole studiare l'azione combinata di due farmaci per ricavare qualche conclusione sul modo col quale le azioni interferiscono, è necessario determinare anzitutto la dose minima dei due farmaci presi isolatamente sufficiente a determinare un dato effetto comune ai due farmaci (l'inverso della dose minima considerata è indice della intensità dell'azione farmacologica). Ad esempio, stricnina nitrato e codeina cloridrato determinano per iniezione endovenosa nei conigli un accesso stricninico immediato alle dosi: stricnina grammi molecola 0.00000047, codeina grammi molecola 0.00015800. Così sarà 47=158000 e 1 molecola di stricnina = 336 molecole di codeina. Associando i due farmaci a dosi variabili sempre però in modo da avere l'effetto: accesso con opistotono, si dirà che uno ha potenziato l'altro solo quando la somma delle dosi dei due farmaci (espresse prendendo come unità la dose di uno di essi) è inferiore alla dose minima necessaria per ottenere lo effetto con quello di essi la cui dose è presa come unità.

Continuando l'esempio: stricnina 0.00000014 più codeina 0.00011000 dà l'accesso. Ma 14 di stricnina = (14 più 336) mol. di codeina. Cioè otteniamo l'effetto con un totale di molecole 0.00015704, valore che poco si scosta da 0.00015800. L'O. ha combinato farmaci di costituzione chimica assai diversa. Applicando questo procedimento, però, non ha mai ottenuto un potenziamento nel senso vero della parola, solo somma degli effetti farmacologici.

Come il curaro svolge l'azione sua in rapporto alla velocità di iniezione nei mammiferi.

SPAGNOL G. (Soc. di Biologia). — Dalle ricerche dell'O. risulta:

1) come varia la dose minima curarizzante del curaro in funzione della velocità di iniezione sua;

2) che nei mammiferi l'eccitabilità dei nervi nell'avvelenamento progressivo da curaro va diminuendo di continuo e regolarmente fino alla sua scomparsa totale;

3) che nel decorso, anche se assai lento della azione curarica, non si osservano quei fenomeni di stanchezza nervosa dimostrati negli eterotermi.

Contributo alla conoscenza di una rarissima affezione: la paralisi congenita del radiale.

DE TONI G. M. — In una bambina di costituzione regolare e di peso quasi normali l'O. ha riscontrata una paralisi del radiale di sinistra che fu vinta gradualmente con applicazioni galvaniche della durata di 2 a 10 minuti e con una corrente di 2 a 5 M. A. Attualmente la paziente ha tre mesi e mezzo e presenta solo ancora evidente una ipotrofia. Si tratta di una paralisi del radiale di origine congenita, che deve ritenersi causata, secondo l'interpretazione più logica, da una posizione viziata assunta dal feto nel bacino, per cui si è avuta la compressione del radiale.

PARI. — Data l'importanza del caso per la rarità e per la difficoltà di diagnosi sarà certo gradito alla Società se il DE TONI vorrà informare dell'ulteriore decorso. Può darsi che qualche fatto intervenga in seguito a chiarire i punti oscuri. Per suo conto l'O. ad esempio, nonostante le ragioni che sembrano stare in contrario non si sentirebbe oggi di escludere con sicurezza la lesione midollare, come una siringomielia (ematomielia?) atipica.

P. F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Meningite tubercolare acuta batteriologicamente confermata. Guarigione rapida che si mantiene dopo 32 mesi.

Alsaziana robusta di 23 anni. Due su cinque fratelli e due cugini morirono di meningite tbc. Nell'anamnesi remota trovasi varicella, morbillo, influenza grave, ma non vi sono dati che facciano sospettare una fase anteriore da tubercolizzazione.

Dopo un mese di malessere (stanchezza, anoressia, qualche nausea e vomito) sopraggiunsero improvvisamente cefalea violenta, rachialgia, fotofobia, vomito con sforzo, brividi generali, febbre. Il primo giorno la malata ebbe diarrea e lievi dolori addominali.

In 3ª giornata si nota: decubito a cane di fucile, cefalea talmente forte da strappare le grida, rachialgia, vomito, stitichezza, insonnia, fotofobia ed ambliopia senza diplopia. Temperatura 38.3, polso 72, pressione 12.5-8.5. Orine scarse ed albuminoiche, lingua secca. Manca la rigidità della nuca, il Kernig è appena accennato: non vi sono disturbi di moto: sembra esistere una iperestesia generale. I riflessi tendinei-periostei sono molto vivi, il plantare è normale, non vi è il clono della rotula e del piede. Riflessi pupillari, mobilità oculari normali. Sull'addome qualche roseola: milza e fegato non ingranditi.

Nello stesso tempo si fece emocultura e puntura lombare. Il liquido cefalo-rachidiano uscì a goccia, limpido: contiene il 7 % di cloruri, 0.45 di albumina, 0.37 di urea. Alla cellula di Nageotte si contano 170 elementi per mmc. quasi esclusivamente linfocitici.

Su striscio sono visibili numerosi bacilli alcool-ed acido-resistenti, senza altri germi. Si fa una cultura, e si inietta il sedimento in una cavia. La reazione Bordet-Wassermann è negativa.

La 4ª giornata decorse come la 3ª. In 5ª giornata all'improvviso scompaiono la cefalea, i disturbi visivi, i dolori, il vomito, la febbre e la malata si dichiara guarita, tanto che in 9ª giornata non fu più possibile trattenerla in ospedale.

L'inoculazione al coniglio fu positiva; sacrificato l'animale al 25º giorno, presentava numerosi gangli tubercolizzati, i cui strisci erano ricchi di B. di Koch: le culture del liquido restarono negative.

È superfluo dire che tutto il materiale adoperato per raccogliere, centrifugare ed inoculare il liquido era stato in precedenza sterilizzato all'autoclave.

Dopo 32 mesi la malata, per pura casualità, fu rivista in buone condizioni in un dispensario antivenereo dove aveva curato sifilide e blenorragia contratte nella sua vita randagia, dopo l'uscita dall'ospedale.

Questo caso di guarigione fu comunicato da Wedel, Giraud e Pucch il 16 aprile 1926 alla Società delle scienze mediche di Montpellier (*Bulletin, ecc.*, aprile 1926) e va aggiunto agli altri non pochi (circa 60), già pubblicati da Cramer e Bickel (*Annales de Médicine*, 1922, p. 226), Pettenati (*Rivista Ospitaliera*, 1924) e K. Koch (*Münchener Medizinische Wochensch.*, 15 maggio 1925).

PERSIA.

Le fratture della base del cranio.

Le fratture della base del cranio sono quasi sempre delle fratture per irradiazione che si verificano in seguito a colpi sulla volta cranica. In linea generale, esse vanno dalla volta alla base per la linea più breve, ma talvolta si hanno delle modificazioni nel decorso di tale linea, per la presenza dei forami.

In presenza di un malato che ha subìto un traumatismo grave della volta del cranio, o che è caduto da una certa altezza e che ha avuto perdita di conoscenza e dopo una ventina di ore non ha ripreso l'integrità intellettuale, si deve sospettare la frattura della base e ricercarne i segni che, evidentemente, sono soltanto indiretti.

Anzitutto gli scoli di sangue o di sierosità dal naso e dalle orecchie. La presenza di sangue in un orecchio non permette ancora un giudizio definitivo. Si deve anzitutto lavare l'orecchio e guardare se ne scola del sangue, mettendovi un tampone di cotone. Anche lo scolo di sangue dà soltanto il sospetto, non la certezza, poichè esso può venire non da una fessura ossea, ma da uno strappamento del timpano o da una frattura della parete esterna. Gli scoli di sangue non hanno valore che quando durano.

Gli scoli di sierosità si hanno talora per il naso, ma più spesso dalle orecchie, donde fluisce un liquido limpido come l'acqua, che contiene appena dell'albumina, ma molto cloruro di sodio (precipitato bianco col nitrato d'argento), si pensa che vi è una frattura la quale ha lacerato l'aracnoide, lasciando uscire il liquor. Tale scolo può essere confuso con quello dovuto all'otite sierosa il quale, a differenza del liquor, contiene dei polinucleari,

molta albumina, minor quantità di cloruro di sodio e non si produce subito dopo il trauma, ma soltanto più tardi, per reazione infiammatoria del condotto uditivo.

Può avere valore diagnostico anche l'ecchimosi della palpebra superiore, con ecchimosi della congiuntiva bulbare. Essa però deve essere comparsa tardi, perchè soltanto allora si può giudicare che il sangue è venuto dalla profondità.

Si devono ricercare anche i segni in rapporto con i nervi che traversano i canali della base cranica; l'acustico ed il facciale. Se il malato può chiudere gli occhi e fischiare, non vi è paralisi facciale; se egli segue con gli occhi i movimenti della mano, non vi è paralisi dei muscoli motori del bulbo oculare. Per l'acustico, si deve tener presente che alcuni malati non sentono il tic-tac dell'orologio, ma sentono bene il diapason messo sul cranio.

Hartmann (*Journal des praticiens*, 9 genn. 1926) insiste sull'importanza diagnostica della puntura lombare, mediante la quale si può rilevare la presenza di sangue nel liquor che, pure potendo provenire da una semplice contusione cerebrale, indica quasi sempre la frattura cranica.

Si ricercheranno anche i punti dolorosi sulla volta del cranio, ciò che può farsi anche nei malati in coma; la pressione su certi punti determina un'espressione dolorosa. Si segnano con un lapis dermografico questi punti e si vede talora disegnarsi un tratto d'irradiazione della frattura, ciò che dimostra graficamente la frattura stessa.

fil.

TERAPIA.

La cura dei papillomi boccali con il cloruro di magnesio.

I papillomi e le verruche della mucosa boccale costituiscono talora per il medico e per il paziente un motivo di preoccupazione per la loro moltiplicazione e per il contagio; i mezzi curativi ordinari costituiscono per il malato una vera tortura per il caustico usato e per le cicatrici che ne residuano.

A. A. Fernandez e A. Bigatti (*Rev. médica latino-americana*, giugno 1926) hanno curato con successo un malato mediante iniezioni endovenose di cloruro di magnesio al 40 %, fatte ogni due giorni, incominciando da una dose di 5 cg. ed arrivando a quella di un grammo. In tutto, 14 iniezioni con una quantità totale di g. 5.95 della soluzione. La guarigione è stata ottenuta in un mese e mezzo, nonostante che il trattamento sia stato sospeso per intolleranza, ciò che dimostra che il rimedio ha un'azione prolungata sull'organismo. Non si sono avute recidive.

fil.

Il bromuro di sodio nelle malattie gastriche.

È stata segnalata l'importanza del plesso solare nella genesi di molti disturbi nei dispeptici ed è quindi stato consigliato l'uso di medicamenti che agiscono su tale plesso, specialmente del bromuro di sodio.

F. F. Martinez (*Paris médical*, 28 agosto 1926) ha largamente sperimentato il rimedio ed ha potuto osservare che esso calma immediatamente l'esagerazione delle funzioni motrici e secretorie dello stomaco. L'attenuazione dei primi giorni si cambia rapidamente in una scomparsa definitiva della maggior parte dei sintomi clinici: dolore, vomiti, bruciori, difficoltà di deglutizione, sensazione di costrizione al faringe, salivazione, ecc., e, nello stesso tempo, scompaiono le ripercussioni lontane della malattia: cefalea, vertigini, costipazione, ecc.

Dal punto di vista generale, si nota la sedazione dell'asse cerebro-spinale, come se l'azione ipoestesizzante del bromuro sul plesso solare si ripercuotesse per mezzo delle connessioni nervose e d'intersezione dei centri nervosi, sul bulbo, il midollo e l'encefalo. La fosfaturia diminuisce, l'urea aumenta e il rapporto dell'acido fosforico con l'urea si avvicina al normale. La quantità di acido urico e dei cloruri dell'urina si abbassa parallelamente.

Quando si tenga presente che la secrezione iniziale dello stomaco è una soluzione clorurata destinata a fornire dell'acido cloridrico per l'azione dei fosfati del sangue, si troverà nella diminuzione della cloruria e della fosfaturia la prova innegabile della modificazione che il bromuro apporta all'iperattività del processo della denutrizione impedendo (col diminuire dell'attività gastrica) l'ipercloruria, che dimostra la rapidità del flusso e diminuendo la fosfaturia che è indice della demineralizzazione.

Parallelamente con le modificazioni della formola urologica, si osserva l'arresto nella diminuzione del peso del corpo ed anche l'aumento di questo.

Risulta in complesso, dalle osservazioni dell'A. che il bromuro di sodio è efficace nelle ipersecrezioni cloridriche, sia semplici che dipendenti da un'ulcera gastro-duodenale. Esso permette di aggiungere al régime latteo una quantità di sostanze tali da poter rendere il régime più tollerabile e più facile da sopportarsi.

Le dosi efficaci sono generalmente di 2-3 grammi, pure rimanendo inoffensivo anche a 6-7 grammi, con la sua somministrazione, diminuiscono i diversi valori dell'acido cloridrico; esso sopprime i dolori, i vomiti e la pirosi, modifica favorevolmente la costipazione e determina un abbassamento della cloruria migliorando altresì lo stato generale.

fil.

Un metodo di cura dei diverticoli da pulsione dell'esofago.

Lahey (*Surg. Gyn. and Obst.*, settembre 1926), dopo aver fatto un po' di storia dei vari metodi proposti e ricordato che i molti insuccessi lamentati furono dovuti, in gran parte, al fatto che le suture dell'esofago facilmente cedono, nota come il metodo più sicuro e innocuo è quello di abboccare il diverticolo alla pelle. Egli divide l'operazione in due tempi. Nel 1° tempo, dopo aver fatto un'incisione longitudinale sul collo, parallelo al fascio vasale-nervoso, disseca con cura il diverticolo fino alla base d'impianto sull'esofago e lo sutura alla ferita cutanea avendo cura che i punti non interessino la mucosa. Dopo 12-14 giorni fa il 2° tempo che consiste nell'aprire il diverticolo e, per via smussa, asportare la mucosa fino all'impianto esofageo. Le aderenze formatesi tolgono ogni pericolo di infezioni al collo per eventuali aperture della sacca, che viene lasciata obliterare per seconda in 2-3 settimane. L'A. che ha operato varii casi, ne ha avuto sempre buoni risultati.

V. GHIRON.

Il trattamento delle ulcere gastriche perforate.

In presenza di un malato con antecedenti gastrici ed affetto da perforazione, se lo stato lo permette, è utile fare immediatamente la gastroenterostomia, che guarisce radicalmente i malati. Se invece questa non si fa, i malati risentono ancora i dolori; al mattino, a digiuno, 2-3 ore dopo i pasti, dolori tardivi, come negli individui affetti da ulcera pilorica, mentre all'intervento si era veduto che l'ulcera risiedeva alla piccola curvatura.

Questo non deve recare maraviglia, poichè i dolori tardivi possono essere dati anche dall'ulcera della piccola curvatura, come pure essere espressione di spasmo pilorico nell'ulcera duodenale. La gastroenterostomia sopprime invece questo dolore. Secondo alcuni chirurghi, la cura radicale dell'ulcera consiste nella sua resezione. Secondo Hartmann (*Journal des praticiens*, 7 agosto 1926) è questo un errore, anzitutto perchè le ulceri possono essere multiple, in secondo luogo è un fatto di osservazione corrente che i malati così resecati non guariscono.

Quando la lesione è nettamente pilorica, la gastroenterostomia dà un immediato sollievo; se invece l'ulcera risiede sulla piccola curvatura, ad una certa distanza dal piloro, i sintomi migliorano soltanto dopo un certo tempo.

fil.

La digeribilità delle salse.

Si ritiene generalmente che le salse siano poco digeribili e quindi sconsigliabili per i gastropazienti. Le proprietà nocive delle salse possono derivare anzitutto dalla loro natura chimica; l'ingestione di notevoli quantità di grassi o di amido nello stomaco che non può che digerire gli albuminoidi, equivale all'introduzione di un corpo estraneo, indigeribile. Ma anche lo stato fisico ha grande importanza perchè, se per esempio il grasso è emulsionato, la sua superficie di contatto con la mucosa è straordinariamente aumentata e quindi rimane più nocivo.

E. Pozbrski (*La Presse médicale*, 18 sett. 1926) esamina i diversi tipi di salse in uso nella consueta cucina e ne conclude anzitutto che i sughi magri sono abbastanza ben tollerati dagli stomaci delicati. Le diverse salse, invece, sono per lo più composte da elementi inattaccabili dal succo gastrico. Il loro stato fisico è tale da offrire al contatto della mucosa gastrica una superficie massima. Esse si comportano per tale mucosa come dei corpi estranei e la loro presenza provoca delle reazioni diverse: iperacidità, spasmi del piloro, dilatazione gastrica, ecc., tutte cause che compromettono la digestione degli alimenti ingeriti. In tal modo la scienza culinaria, che ha saputo mettere in stati fisici speciali il burro, l'olio, le uova, l'amido e le essenze, sempre per lo scopo di solleticare il gusto, ha aumentato per questo solo fatto le proprietà nocive degli elementi che compongono le salse stesse.

fil.

La desensibilizzazione alle uova.

Nei pazienti che hanno forti reazioni anafilattiche per le uova si può tentare il metodo seguente.

Una goccia di albume d'uovo (presa con un comune contagocce) si mescola con un litro di acqua e si agita. Venti gocce di questa diluizione si mescolano con un altro litro di acqua. Di questa seconda diluizione se ne prende un cucchiaino da tè al giorno per una settimana. Nella seconda settimana, si aumenta di un cucchiaino al giorno; nella terza settimana, se ne prende mezzo bicchiere, nella quarta un bicchiere colmo.

Alla quinta settimana si prendono 20 gocce della prima diluizione aumentando di 20 gocce ogni settimana fino a raggiungere 3 cmc. e si aumenta poi di 3 cmc. ogni settimana fino ad arrivare nella dodicesima settimana a 90 cmc., nella quattordicesima a 180.

Se il paziente fosse tanto sensibile da non tollerare tale cura, l'introduzione delle stesse diluizioni si potrà tentare per via rettale.

In tutto questo tempo si devono evitare in modo assoluto tutti i cibi contenenti anche minime tracce di albume o di tuorlo. (*Journ. Amer. Med. Ass.*, 24 aprile 1926).

fil

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche cliniche e sperimentali sui fenomeni di choc.

Lo choc può essere definito « un gruppo di sintomi di ordine sopratutto vasomotore e viscerale, che sopravviene in condizioni etiologiche varie, che è il risultato di patogenesi multiple e diverse secondo i casi, ma che dipende da un meccanismo patogenetico unico riducibile a una brusca perturbazione del sistema nervoso della vita di nutrizione ». A questa concezione almeno conducono tutta una serie di importanti lavori della Clinica Medica del prof. Bard e del laboratorio di medicina sperimentale di Arloing.

Lo choc dal punto di vista *etiologico* può essere realizzato da condizioni etiologiche assai numerose senza che per questo rivesta dei caratteri clinici sensibilmente diversi al di fuori di variazioni di intensità: può tuttavia per opera di una « spina irritativa » anteriore localizzarsi in un territorio determinato, qualunque sia stata la sua causa e la sua porta di ingresso.

Circa la *patogenesi* essa spesso ci sfugge perchè inaccessibile ai nostri mezzi di indagine; la patogenesi è variabile in ogni caso, spesso multipla nello stesso caso. Le due principali concezioni patogenetiche che oggi si contendono il campo sono: la colloidoclasia e la flocculazione (Widal e Lumière). Secondo Langerou (*Ann. Méd.*, n. 1, luglio 1926) se le patogenesi sono diverse, il *meccanismo patogenetico* è notevolmente costante ed univoco in tutti i casi, e consiste in un brusco perturbamento nell'equilibrato funzionamento del sistema nervoso vegetativo. Si comprende come questo squilibrio possa essere causato da fattori infinitamente numerosi; che il fatto fondamentale sia l'aggressione estranea brusca, capace di produrre un turbamento non compensato da riflessi correttori disorientati.

Affinchè in seguito ad una causa choccante qualsiasi, si produca lo choc è necessario che il S. N. vegetativo goda di una certa attitudine allo choc, o per così dire di una *ipersensibilità*.

La nozione che noi abbiamo di questa ipersensibilità è stranamente complessa ed oscura. Alcuni AA. han voluto identificare questa ipersensibilità con la vagotonia, ed allora lo choc verrebbe a non essere altro che una crisi di *ipervagotonia* improvvisa e grave. Ciò forse è esagerato, ma si può dire che lo choc predilige un terreno vagotonico per prodursi, ed esagera questa tendenza vagotonica.

Questa concezione dello choc spiega molto bene i suoi effetti: per es., la crisi emoclasica si comprende facilmente alla seguente maniera: lo choc determina, come uno dei primi fatti, una brusca vasodilatazione, comanda la vasocostrizione periferica con ipotensione, il mutamento nella ripartizione dei leucociti con leucopenia periferica, apparente, le modificazioni colloidali del siero nei vasi superficiali, ed i disturbi dell'equilibrio acidobase nelle stesse regioni.

Questa stessa concezione ci permette anche di interpretare, con un piccolo sforzo finalistico, lo scopo dello choc. Noi vediamo che esso è costituito da delle reazioni vaso-motrici nel senso eliminatorio (cioè: vasodilatazione intestinale e renale) e nel senso neutralizzante (cioè: vasodilatazione epatica): insomma possiamo intravvedere nello choc uno *sforzo eliminatore violento*: che spesso sorpassa lo scopo e diviene lui stesso pericoloso.

Circa la *profilassi* essa può esplicarsi o nel togliere ad alcune sostanze le loro proprietà choccanti, o nel proteggere l'organismo contro gli choc inevitabili o voluti (terapeutici). Circa il primo problema si è visto che aggiungendo a date sostanze proteiche delle acque minerali sulfuree se ne attenuano le azioni choccanti (Arloing e altri AA., *Compt. rendus de la Société de Biologie*, 1923-1924). Nei riguardi del secondo problema sono noti il metodo di Besredka ed altri simili.

Un piccolo choc protegge contro uno grande grazie al periodo refrattario che segue al primo. Si parla comunemente in questi casi di desensibilizzazione. Langeron invece ritiene che l'organismo sia non desensibilizzato ma solamente immunizzato in modo più o meno durevole. È interessante notare che i mezzi usati a scopo preventivo mancano di specificità. Questa assenza di specificità si ha anche nei riguardi delle vie d'introduzione usate.

Lo studio dello *choc terapeutico* dimostra come nei riguardi della sua applicazione noi siamo ancora molto empirici; si usa infatti contro le malattie più varie senza netta indicazione solo quando si può applicarlo e se ne spera del bene. I vari mezzi usati non differiscono che in quanto producono choc di diversa entità. Il risultato è tanto più efficace quanto più lo choc prodotto è brusco e grave, onde nelle infezioni gravi in cui si ha poco da perdere convengano choc gravi, nelle benigne bisogna essere più cauti. Circa al meccanismo della azione curativa dello choc non abbiamo per ora che ipotesi; ma in tutte ciò che domina è che lo choc abbia azione curativa in quanto vale a rimettere in equilibrio normale il gioco fisiologico disturbato.

L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al Dott. Michele Garbarrini di Alassio:

In italiano: *Il trattato di Radiologia* (in ristampa; dott. PONZIO, Ospedale Mauriziano Torino, che ne cura la ristampa) scritto colla collaborazione di buona parte dei radiologi italiani: inoltre per lo apparato digerente il BUSI nel *Trattato di Chirurgia del Taddei;* per lo sviluppo osseo: SESSA e ALBERTI, Cappelli, ed.; per l'Anatomia Radiografica del cranio: BALLI, Cappelli, editore; per il colon: MONTANARI, ed. Cappelli.

In italiano scarseggiano invece i libri di tecnica; in francese DELHERM: *Le varie posizioni in radiografia*, Maloine, ed. Può controllare utilmente l'antica edizione dell'ALBERS-SCHOENBERG, tradotta in italiano (Soc. Ed. Milanese). La maggioranza di libri di pura tecnica sono in tedesco.

M. E.

All'abb. D. L. B., da R.:

Per gli ufficiali medici i quali abbiano compiuto almeno 6 anni di servizio effettivo, l'autorizzazione ad imbarcare come medico di bordo può essere concessa dal Ministero dell'Interno a seguito di esami integrativi in ostetricia e in pediatria, che saranno indetti in apposite sessioni.

Potranno essere esonerati da tali esami quegli aspiranti che dimostrino con titoli di avere prestato per almeno 6 mesi regolare servizio in un reparto ospedaliero o clinico per ciascuna delle specialità anzidette.

Le sedi di esame e l'epoca sono designate dal Ministero dell'Interno.

M. C.

VARIA.

Relazioni biologiche tra uomo e scimmia.

P. Uhlenhuth (*Deut. Med. Wochens.*, 19 novembre 1926) ha dimostrato che le precipitine dei siero di coniglio, ottenute iniettando, in questo animale, sangue umano, flocculano (così detta reazione di Uhlenhuth) non soltanto il siero umano, ma anche quello di scimmie. Non vi sono che lievi differenze d'intensità, più notevoli per le scimmie inferiori. In medicina legale — ove s'impiegano piccole quantità di sangue secco — queste differenze non basterebbero a differenziare il sangue umano da quello di scimmia. Per rendere manifesta la differenza l'A. ha iniettato delle scimmie con sangue umano ed ha prodotto, così, delle precipitine che flocculano debolmente il sangue umano e non quello di scimmia. Per queste esperienze però l'A. non ha potuto utilizzare che le scimmie inferiori. Egli si pone il problema: si avrà lo stesso comportamento per le scimmie antropoidi? (cimpanzè, gorilla, ecc.). Ovvero le differenze mancano, o sono tanto miti da potersi considerare come praticamente nulle?

La dimostrazione di questa parentela biologica ha grande importanza. Ad esempio essa ci spiega l'attecchimento degli innesti alla Voronoff. È anche da considerare che sono possibili gl'incroci tra specie i cui sieri presentano proteine uguali, cioè incapaci di provocare la formazione crociata di anticorpi (precipitine): lepre e coniglio, cavallo e asino, cane e lupo, ecc.; esse ci indicano possibile l'ibridismo uomo-scimmia...

Operazioni di ringiovanimento.

J. P. Arlaud (*Indian Journ. Med. Res.*, ottobre 1926), il quale fa parte del « Royal Air Force Combined Hospital » di Busrah (Indie), riferisce su 15 casi personali. In 2 trapiantò glandole sessuali di scimmie; negli altri glandole sessuali di montoni o praticò la legatura dei deferenti.

Risulta che l'operazione di Steinach ebbe un valore dubbio nei riguardi del ringiovanimento; che i trapianti testicolari furono sempre seguiti da intensa reazione flogistica, ma in nessun caso dettero, neppure lontanamente, fatti riconducibili al ringiovanimento; salvo un caso, in cui parve prodursi un lieve aumento della potenza sessuale.

Termometro omigrado.

F. E. Aspinwall (*Medical Journ. a. Record*, 3 novembre 1926) propone un termometro clinico in cui la temperatura normale sarebbe segnata 100: essa corrisponderebbe a 37° C. (98°,4 F.); la temperatura del ghiaccio fondente sarebbe segnata 0 (corrisponde a 32° F.); la temperatura dell'acqua bollente, al livello del mare, verrebbe a corrispondere a 270°.

Non si comprendono troppo bene i vantaggi di questa nuova graduazione, che si aggiungerebbe a quelle di Celsius, Fahrenheit e Réaumour. Sarebbe molto più semplice che gli anglo-sassoni si decidessero ad adottare la scala di Celsius.

Amplificazione dei rumori del cuore.

Abbiamo già dato notizia di uno stetoscopio elettrico, il quale, mediante l'applicazione delle valvole termoioniche e dell'altoparlante, amplifica moltissimo i rumori del cuore. Da esperienze compiute nell'Ospedale di Filadelfia risulta che questa applicazione facilita lo studio della fisiologia cardiaca e la diagnosi delle cardiopatie.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

GIOVANNINI EUGENIO. *La tragica vicenda*. — Lucca, Pacini & C., 1927.

ORTALI CESARE. *Il periodo di latenza nelle fistole urinarie post-blenorragiche.* — Milano, A. Rancati, 1926.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Le preferenze e le precedenze nei concorsi per la nomina dei medici condotti.

Già rilevammo, con altra nota, che la posizione giuridica dei mutilati e degli invalidi di guerra, nei concorsi per pubblici impieghi, si può considerare definitivamente stabilita dalla giurisprudenza sulla base dei criteri generali che esponemmo sinteticamente. Molto incerta, invece, e fortemente controversa è la posizione dei benemeriti della guerra e, in genere, dei concorrenti che appartengono alle categorie indicate dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, nell'ordine seguente: feriti in combattimento; orfani di guerra e figli degli invalidi; vedove di guerra; insigniti di medaglia al valore militare o altra attestazione speciale di merito di guerra; coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti; coloro che abbiano prestato servizio, a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'Amministrazione presso cui è indetto il concorso, i più anziani di età.

La giurisprudenza più recente, in contrasto con precedenti risoluzioni, tende a stabilire una massima che noi riteniamo erronea: le precedenze e le preferenze non sono efficaci, come quelle per gli invalidi, agli effetti della nomina, sicchè non limitano la facoltà di scelta che appartiene al Comune, ma valgono soltanto in sede di graduatoria determinando, a parità di merito, un grado superiore.

Deriva da ciò che la preferenza non ha alcuna rilevanza pratica qualora, come è stabilito dalla legge per i medici condotti, il Comune abbia facoltà di scelta tra i concorrenti dichiarati idonei. Io sono persuaso che il Consiglio di Stato non abbia fatto ancora di questa controversia un esame veramente accurato. È da sperare che una revisione di criteri ristabilisca quell'indirizzo che ritengo conforme alla lettera e allo spirito della legge.

Credo utile esporre qui, sinteticamente, le ragioni della mia opinione.

Per risolvere bene la quistione si devono superare due difficoltà preliminari; subbiettiva l'una, obbiettiva l'altra.

Il principio della scelta libera, riaffermato dall'art. 30 del t. u. delle leggi sanitarie, ha dominato sin ora con efficacia così assoluta che trova già nella *tradizione* una difesa contro qualsiasi attenuazione o limitazione che non risulti da una norma speciale chiara, espressa ed esplicita. Questa difesa è più marcata, nel caso in esame, perchè non senza difficoltà si ammette che una innovazione così importante derivi da una norma generale inserita in un decreto che aveva, prevalentemente, particolari finalità in gran parte transitorie.

Ma la norma giuridica deve essere considerata per il suo contenuto.

A questa difficoltà soggettiva se ne aggiunge un'altra: sono state estese, in parte, alle amministrazioni degli enti locali, — che hanno una organizzazione varia, non riducibile a forme costanti o caratteristiche, e diversa da quella dello stato — disposizioni già stabilite in relazione alle nomine agli impieghi dell'Amministrazione dello Stato. Si comprendono, quindi, le incertezze e le oscitanze che ci fermano al limite del principio della libera scelta, rispettato sin ora forse con esagerazione.

Ma queste difficoltà rendono necessario un esame più accurato, per vedere se veramente la innovazione è entrata nella nostra legislazione.

Prima della questione alla quale ho particolarmente accennato è necessario esaminarne un'altra, che intimamente vi si riconnette, per stabilire se le preferenze riguardano soltanto i posti di ultimo grado di ogni carriera e se, perciò, relativamente nelle condotte mediche, valgano le stesse limitazioni e gli stessi criteri che sono stati precisati dalla giurisprudenza: che non si tratti di condotta *unica* o *singolare*, ecc. ecc.

LE PREFERENZE SONO LIMITATE AI POSTI DI ULTIMO GRADO DI OGNI CARRIERA?

Il R. D. 30 settembre 1922 attribuì titoli di preferenza, a parità di merito, nei concorsi al primo grado delle singole carriere del personale dello Stato (art. 9). Il R. D. 28 gennaio 1923 n. 153 regolò le precedenze nei casi di assunzione senza concorso e per ordine di graduatoria a quei posti che si sarebbero resi vacanti per effetto delle revisioni e delle dispense del personale a norma degli art. 2, 3, 6 dello stesso decreto.

Questo complesso di norme si riferisce a due obbietti principali: a) designazione dei posti per i quali la preferenza o la precedenza è efficace; b) specificazione del titolo e del grado della precedenza o della preferenza.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

La designazione dei posti corrisponde all'ordinamento gerarchico, al sistema della carriera che vi è normale e ai rapporti particolarissimi che furono eccezionalmente regolati agli effetti della precedenza. Infatti, furono compresi nel campo di applicazione della norma i posti « del primo grado di ogni carriera », nel caso della preferenza prevista dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922, e i posti che si renderanno vacanti per effetto delle dispense, ecc., nel caso di precedenza o di preferenza a norma dell'art. 7 del decreto 28 gennaio 1923.

Il decreto 24 settembre 1923 n. 2073 provvide alle assunzioni ai posti presso gli enti locali, alle quali estese le precedenze e le preferenze già stabilite per le nomine ad impieghi dell'Amministrazione dello Stato.

Anche le disposizioni di questo decreto si riferiscono a due obbiettivi principali: designazione dei posti; specificazione del titolo e grado della preferenza o della precedenza.

La prima riguarda genericamente e senza limitazione tutti i posti; la norma relativa a questa designazione è nello stesso decreto 24 settembre, senza riferimento ad altri decreti. « Sono estese *alle assunzioni ai posti* presso le amministrazioni... ecc. ecc.

La seconda designazione è fatta con riferimento alle disposizioni degli art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290 (concorsi) e 7 del D. 28 gennaio 1923 n. 153 (graduatoria): ma il richiamo limitato alla specificazione delle precedenze e delle preferenze e non comprende la designazione dei posti che ne sono oggetto. Questa, come si è detto, risulta direttamente dall'art. 3. Nè una designazione per riferimento sarebbe stata possibile, data la diversità profonda della organizzazione degli uffici e degli impieghi statali e di quelli degli enti locali e la varietà degli ordinamenti di questi.

Una riprova risulta da ciò: l'art. 7 del decreto 28 gennaio 1923 riguarda le assunsioni ai soli posti che si sarebbero resi vacanti per effetto delle dispense a norma degli art. 2, 3, 6, e che sarebbero stati assegnati per ordine di graduatoria; non essendo applicabile questa norma specialissima agli enti locali, non si può ritenere che il riferimento all'art. 7 comprenda, oltre la designazione del titolo e grado della preferenza, anche la specificazione dei posti che è specialissima ed eccezionale e non può essere estesa agli enti locali.

Dunque, la formulazione letterale dell'art. 3, il contenuto e la finalità della disposizione, la impossibilità obbiettiva di equiparare, al fine della designazione dei posti, ordinamenti diversi e incomparabili e, ancora, la impossibilità di ricondurre tutti gli ordinamenti degli uffici e degli impieghi degli enti locali al tipo della carriera, *sono elementi decisivi per concludere che la designazione dei posti è fatta direttamente e senza riferimenti ad altre norme dall'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 e riguarda genericamente le assunzioni a tutti i posti e non soltanto a quelli del primo grado di ogni carriera.*

L'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1299 eleva di cinque anni l'età massima per l'ammissione ai concorsi al primo grado di ogni *carriera* per coloro che hanno prestato servizio militare durante la guerra. Anche questa norma è stata estesa agli enti locali dall'art. 3, secondo comma, del decreto 24 settembre 1923 n. 1073. Se si dovesse intendere che ne siano regolate soltanto le nomine « al primo grado di ogni carriera » e non tutte le assunzioni ai posti per i quali si provvede a prima nomina, quella norma avrebbe efficacia limitata ad alcune categorie di impieghi degli enti locali. Ne sarebbero certamente esclusi i posti unici, pur essendo stabilita la deroga non in considerazione della *forma* dell'ordinamento e del grado dell'impiego ma per attenuare il pregiudizio che ad una determinata categoria di cittadini derivò dal servizio militare agli effetti del limite di età. Anche qui la designazione « del primo grado di ogni carriera » è adeguata ai concorsi per gli impieghi dell'Amministrazione dello Stato; per gli enti locali, invece, la indicazione è generica, e comprende tutti i concorsi.

Il parere dell'adunanza generale 15 maggio 1924 interpetra soltanto le disposizioni concernenti gli invalidi e stabilisce il significato e la portata della designazione degli « ultimi posti di ruolo » secondo la legge 21 agosto 1921. In quel caso però la norma è unica e indica i posti che devono essere conferiti agli invalidi, con precedenza *assoluta* negli impieghi dell'Amministrazione dello Stato e degli enti locali. Ma lo stesso criterio non si può estendere alle preferenze e alle precedenze, a parità di merito, che sono disciplinate da altri decreti, i quali contengono norme speciali e regolano essi la designazione dei posti con disposizioni e con forme diverse. Si può applicare una norma per analogia quando il caso analogo non sia regolato.

(Continua).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Alla Società delle Nazioni.

Organizzazione d'Igiene. — Il Consiglio, nella sua seduta del 6 dic. 1926, preso in esame un rapporto del rappresentante del Giappone, visconte Ishii, sui lavori del Comitato d'Igiene, ha espresso il voto che la Commissione della malaria, la quale recentemente ha terminato i suoi studi nelle regioni malariche dell'Europa, porti la sua attività nei paesi extra-europei e particolarmente nei paesi d'Oriente provati dalla endemia.

Ha autorizzato la Commissione incaricata dello studio della malattia del sonno nell'Africa equatoriale a prolungare di sei mesi la durata dei suoi lavori. In questa occasione, ha espresso il voto che i Governi che, nel 1926, hanno contribuito alla spesa della missione, continuino le loro sovvenzioni.

Ha approvato la convocazione in una capitale dell'America Latina di esperti latino-americani i quali hanno intrapreso e continueranno durante l'anno prossimo ricerche sulla mortalità infantile. Questa riunione ha per scopo di permettere loro una comparazione dei risultati dei loro studi e di prendere conoscenza dei lavori analoghi degli esperti Europei.

Il Consiglio ha incaricato il Comitato di Igiene di presentargli, in seguito all'esame a cui deve dedicarsi il Consiglio Consultivo dell'Ufficio di Singapur, una relazione sull'utilizzazione eventuale di questo organismo per l'applicazione di certe disposizioni della Commissione Sanitaria internazionale recentemente riveduta.

Il Consiglio ha reso omaggio alla Fondazione Rockefeller la cui generosità ha permesso al Comitato di Igiene di prendere varie iniziative che sono entrate nel quadro ordinario dell'organizzazione di Igiene, come ad esempio la costituzione e lo sviluppo del servizio di informazioni epidemiologiche, l'installazione dell'Ufficio di Singapur, l'applicazione del sistema, di scambi del personale sanitario, ecc.

Il Consiglio si è occupato del rinnovamento del Comitato di Igiene. Come dispone il regolamento dell'organizzazione di Igiene, il Comitato comprende sedici Membri: il Presidente del Comitato dell'Ufficio internazionale di Igiene pubblica, e nove Membri designati da questo organismo; sei Membri eletti dal Consiglio della Società delle Nazioni dopo consultazione del Comitato di Igiene. Inoltre il Comitato può aggiungersi quattro assessori scelti dal Consiglio su sua presentazione.

Il Consiglio ha nominato: il dott. Araodz Alfaro, Presidente del dipartimento nazionale di Igiene, Buenos Ayres (Argentina); il prof. Leone Bernard, professore di Igiene alla Facoltà di medicina di Parigi Francia); il dott. Carlo Chagas, Direttore generale della Sanità Pubblica a Rio de Janeiro (Brasile); il dott. Witold Chodzko, Direttore della Scuola di Igiene dello Stato Polacco, ex Ministro dell'Igiene a Varsavia (Polonia); il dott. John Drummond Graham, tenente colonnello dell'*Indian Medical Service*, Commissario per l'Igiene pubblica, presso il Governo Indiano (India); il dott. Th. Madsen, Direttore dell'Istituto Sieroterapico di Stato a Copenhagen (Danimarca).

Dal canto suo l'Ufficio internazionale di Igiene pubblica aveva il 23 ottobre ultimo scorso designato: il dott. L. Raynaud, Ispettore generale de servizi di Igiene dell'Algeria in Algeri (Francia); Sir George Buchanan, Senior medical officier al Ministero dell'Igiene a Londra (Gran Bretagna); il dott. A. Lutrario, ex Direttore generale della Amministrazione di Igiene al Ministero dell'interno a Roma (Italia); il dott. M. Tsurumi, rappresentante dei Servizi sanitari del Giappone (Giappone): il dott. Hamel, Presidente del *Reichsgesundheitsamt* a Berlino (Germania); il chirurgo generale Cumming, Direttore generale degli Stati Uniti, Washington (Stati Uniti); il prof. Riccardo Jorge, Direttore generale della Sanità pubblica a Lisbona (Portogallo); il dott. Josephus Jitta, Presidente del Consiglio di Igiene dei Paesi Bassi all'Aia (Paesi Bassi); il dott. H. Carriere, Direttore del servizio federale dell'Igiene a Berna (Svizzera).

Nella sessione del prossimo marzo il Consiglio procederà alla nomina di quattro assessori che siederanno al Comitato di Igiene in qualità di Membri effettivi e di due esperti che siederanno soltanto con voto consultivo.

In occasione del rinnovamento del Comitato di Igiene; il rappresentante del Giappone si è riservato il diritto di fare ulteriormente una proposta circa la rappresentanza di varie nazionalità del Comitato.

Dal canto suo il rappresentante dell'Impero Britannico attirato la attenzione del Consiglio sul fatto che il Comitato d'Igiene non contiene nessuna donna nel suo seno. Siccome le questioni di Igiene interessano molto le donne, che possono anche apportarvi un contributo utile, il Consiglio, su proposta del rappresentante dell'Impero Britannico, ha invitato le autorità competenti a prendere in considerazione per l'avvenire la nomina di una donna come Membro del Comitato di Igiene.

Unione Internazionale di Soccorsi. — È stato elaborato l'abbozzo di progetto di un accordo per la creazione di una Unione Internazionale di Soccorsi. Una Conferenza Internazionale è già convocata per il 4 luglio 1927 allo scopo di concludere l'Accordo necessario alla creazione di tale Unione.

Il progetto di una Unione Internazionale di Soccorsi alle popolazioni colpite da calamità aveva fatto oggetto durante il 1925 dei lavori di una Commissione speciale presieduta dal Sen. Ciraolo,

ideatore del progetto, la quale aveva redatto un progetto di statuto di una Unione Internazionale.

La maggioranza dei Governi a cui questo progetto fu comunicato si sono dichiarati in via di principio favorevoli alla creazione dell'Unione e pronti ad accettare nella loro economia generale gli statuti proposti dalla Commissione preparatoria.

La *Commissione dell'Oppio* ha constatato durante l'anno uno sviluppo considerevole del traffico illecito dell'oppio e degli altri stupefacenti. Il Consiglio ha dunque deciso di insistere presso i Governi perchè aderiscano alla Convenzione di Ginevra del 1925, e procedano alla sua ratifica nel termine più breve possibile.

La *Commissione della Protezione dell'infanzia e della gioventù* ha proseguito in collaborazione con le autorità governative competenti e le organizzazioni private, le sue inchieste e i suoi studi, specialmente sul problema della protezione delle donne e dei fanciulli in migrazione, sull'alcoolismo nei suoi rapporti con la tratta, sulla protezione della prima infanzia, sull'età del consenso e del matrimonio, ecc.

L'*Opera della protezione delle donne e dei fanciulli nel vicino Oriente* ha continuato a dare tanto ad Aleppo quanto a Costantinopoli risultati soddisfacenti.

(Dalla relazione sull'attività della Società delle Nazioni durante il 1926, pubblicata sul *Boll. Mens.*, vol. VI, n. 12).

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti.

È stata concessa l'autorizzazione alla costituzione dell'*Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti*. Al più presto ne saranno concretate le particolarità di funzionamento e ne sarà designato il segretario generale.

Disciplinamento degli ausiliari sanitari.

È stato presentato alla Camera dal Capo del Governo e Ministro dell'Interno un disegno di legge per la disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

La relazione ministeriale rileva che da tempo è sentita la necessità di imporre una disciplina all'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, a più sicura garanzia della pubblica salute.

Tale necessità si appalesa tanto più evidente dopo l'avvenuta presentazione, da parte del Governo Nazionale, del progetto di legge per la repressione dell'abusivo esercizio della professione sanitaria.

Il progetto contempla le arti dell'odontotecnico, dell'ottico, del meccanico ortopedico ed ernista e dell'infermiere.

Quanto all'accertamento della specifica idoneità di coloro che intendono dedicarsi all'esercizio delle arti ausiliarie, si è ritenuto che una preparazione teorico-pratica veramente adeguata al disimpegno delle mansioni, per quanto modeste, particolarmente delicate, inerenti alle varie arti, possa essere data soltanto mediante la frequenza a speciali corsi di studi, e la prova della capacità subbiettiva degli aspiranti, mediante appositi esami.

L'istituzione dei corsi, però, non potrà essere immediata; nè sarà possibile imporne la frequenza agli attuali esercenti. A sistemare equamente la posizione di costoro, provvedono, pertanto, le disposizioni transitorie del progetto.

Il Governo, però, si è preoccupato anche della evenienza che i corsi non siano istituiti a tempo e che, per un certo periodo, venga, quindi, a mancare la possibilità di ammettere altri aspiranti all'esercizio delle arti contemplate nel progetto di legge; all'uopo, si è introdotta una speciale disposizione che consente di indire, quando sia necessario, nuove sessioni di abilitazione per coloro che abbiano adeguato tirocinio nell'arte che aspirano ad esercitare.

Il disegno di legge contiene, in ultimo, disposizioni di carattere penale, dirette ad assicurare l'osservanza delle nuove norme; quanto alle penalità, il sistema seguito corrisponde a quello già adottato nel disegno di legge per la repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie: si è, però, notevolmente attenuata, in confronto a quest'ultimo disegno, la misura delle pene, in relazione alla minore entità dei reati che ora si contemplano.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Gravina in Puglia; al 31 mar., ore 12; L. 16,500 e 4 quadr. dec.; divieto di eserc. profess. tranne consulenza e direz. di laborat. micrografico; titoli ed esami; età lim. 45 a.; tassa L. 50.20 alla Tesoreria comunale di Gravina i. P.; serv. entro 30 gg.

CAMERINO. *L. Università.* — Professore non stabile di anatomia umana normale. Scad. 30 apr. (D. M. 31 dic. 1926 pubblicato sulla *G. U.* 29 genn. 1927).

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Al 31 mar.; 1ª cond.; ab. 2238; L. 9500, oltre L. 2000 quota var.; 6 quadrienni dec., riconoscim. 2 quadrienni altri Com.; L. 3500 trasp.; L. 500 uff. san. Età lim. 33 a. Tassa L. 50.15. Per altre informazioni rivolgersi Sindaco.

CASTIGLIONE IN TEVERINA (*Roma*). — Scad. 9 apr.; due cond.; L. 10,000 e c.-v.; L. 400 per l'uff. san. Tassa L. 50.05.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari pei Comuni di Castrovillari, Rossano e S. Giovanni

in Fiore con lo stip. di L. 7000; pel Consorzio Scalea-Santa Domenica Talao-S. Nicola Arcella e pel Consorzio Fuscaldo-Acquappea-Guardia Piemontese con lo stip. di L. 8000; scad. 30 aprile; età mass. 40 a.; tassa L. 50.20; titoli ed esami: docum. prescritti art. 7 R. D. 29 nov. 1923, n. 2266.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e direttore dell'Ufficio Municip. d'Ig. del Comune di Genova unificata; ab. 602.573; kmq. 234.77; stip. L. 25.000 e 10 bienni di L. 1250; c.-v.; L. 3000 trasf.; ecc. Divieto esercizio libero. Scad. ore 17 del 25 aprile. Docum. a 3 mesi dal 21 feb. Titoli in 7 esemplari. Eventualmente esami. Chiedere annunzio.

LUZZARA (*Reggio Em.*). — Scad. 25 mar.; III Reparto; L. 8000, oltre L. 1000 indenn. categoria, L. 1500 trasp., L. 500 ambulat., c.-v. di legge. Tassa L. 50.15.

MOGLIANO (*Macerata*). — Scad. 31 mar.; 2ª condotta; L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v. in L. 1620 se coniugato, L. 1200 se celibe; L. 2500 trasp.; L. 800 indenn. supplettiva straordinaria; L. 1000 uff. san.; età lim. 40 a.

MONTESPERTOLI (*Firenze*). — Al 20 mar., terza cond.; L. 8500 e 8 trienni dec.; riconoscim. servizio in altri comuni per almeno 12 anni; due c.-v. e indennità supplettiva, ridotte di L. 780 conglobate nello stip.; per cavalc. L. 3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; docum. a 6 mesi; serv. entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — Ufficiale sanitario per: 1) Consorzio Ottaiano-San Giuseppe Vesuviano-Terzigno; stip. L. 9500, oltre indennità di trasferta L. 1500; 2) Comune di Ischia; stip. L. 9500; 3) Comune di Caivano; L. 9500. Scadenza 25 aprile. Rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale dell'Alto Commissariato.

POZZUOLO DEL FRIULI (*Udine*). — Scad. 17 mar.; L. 8000; serv. att. 500; uff. san. L. 900; trasp. L. 3000; doppio c.-v.

RE (*Novara*). — Consor. 5 comuni; kmq. 5; ab. 1314; L. 9000, oltre L. 500 uff. san.; L. 150 ambulat.; L. 1200 c.-v.; alloggio. Scad. 20 mar. Doc. a 3 mesi. Tassa L. 50.05.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Conc. per la nom. di 8 tenenti medici in S. P. nel Corpo sanit. maritt.; scad. 5 maggio; vedi fasc. 9.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 28 assistenti medico-chirurghi. Vedi fasc. 7. Scad. 21 marzo.

TORINO. *Ospedale Maggiore di S. Giovanni B. e della Città.* — Primario oto-rino-laringoiatra; incompatibile con qualsiasi contemporanea funzione nella R. Clinica oto-r.-l.; titoli; scad. ore 17 del 29 marzo.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Sezione Tubercolosi, sita in Isola di Sacca Sessola; L. 4800 oltre L. 1500 disag. resid.; alloggio e vitto; L. 25 ogni lezione agli infermieri. Titoli ed esami. Nomina biennale; conferma per un anno. Tassa L. 50 al Tesoriere. Età lim. 35 a. Quattro anni in Cliniche univ., Ospedali o Condotte. Chied. ann. Rivolgersi Congregaz. di Carità. Scad. ore 17 del 24 marzo.

VENEZIA. *R. Accademia di Belle Arti.* — Professore di anatomia. Doc. al Ministero della P. I., Direz. gen. per le Antichità e le Belle Arti. Scad. 31 marzo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. Giuseppe Sabatini, primo aiuto presso la R. Clinica medica di Roma, è stata conferita una medaglia d'oro del premio Baccelli al merito clinico. Rallegramenti vivissimi all'insigne studioso ed esperto clinico.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

L'Associazione Medici-Chirurgi specialisti di Palermo.

Questa fiorente Associazione onora la classe medica della Capitale sicula ed in particolar modo gli specialisti.

Riteniamo utile una breve storia di tale Associazione, ormai apprezzatissima nell'isola; ma ancora, altrove forse, poco conosciuta. Essa è la sola del genere, in Italia. È sorta nel gennaio 1922 per la iniziativa e la tenace volontà del prof. Tebaldo Cimino, specialista urologo che nobilmente esercita in Palermo da quasi un trentennio. Il Cimino, che fu in Roma allievo di Baccelli e di Durante, e ivi conseguì la laurea nel 1897, fondò questa Associazione per contribuire ad arginare gli arbitrii e lo stato di anarchia che in quell'epoca ogni giorno di più tendevano a discreditare il prestigio della classe. Era l'epoca delle tumultuose agitazioni sociali delle masse, e la classe medica risentiva la ripercussione dei disordini. Incoraggiato e sostenuto dallo infaticabile prof. Bentivegna, presidente dell'Ordine dei Medici di quella provincia, fece appello ai buoni elementi, che costituivano la maggioranza e costituì colla sua Associazione degli Specialisti una barricata morale che rapidamente contribuì a risollevare la comune dignità, disciplinando per quanto era possibile la pubblicità e affrontando con una agitazione bene organizzata la questione del diritto alla qualifica di *specialista*. Per invito dell'Associazione il prof. Bentivegna portò tale questione in seno alla Federazione, ciò che provocò la nomina di una Commissione speciale di cui fece parte il prof. Cimino stesso e che si riunì a Genova nell'agosto del 1923. Compito principale di tale Commissione fu appunto quello di determinare i titoli che dànno diritto alla qualifica di specialista.

La relazione di questa Commissione fu presentata alla Federazione e venne pubblicata nel Bol-

lettino della Feder., n. 18, anno 1923. L'elenco dei titoli — integralmente accolto dalla Commissione — per la detta qualifica fu presentato dal prof. Cimino che lo prelevò di peso dallo Statuto della sua Associazione, dove era stato elaborato e maturato in lunghe e serene discussioni, svolte in seno a tutta la classe interessata. La relazione venne presentata a S. E. il Ministro della P. I. che non solo riconobbe la necessità di una legge che disciplinasse il titolo di *specialista*, ma fu, come suol dirsi, più realista del Re, perchè determinò dal governo l'approvazione di un articolo unico che stabilì che « *sono riconosciuti specialisti — oltre i professori universitarii e i liberi docenti — solo coloro che conseguono un diploma con un esame di Stato, dopo speciale corso di studii in Istituti autorizzati* ». (R. Decreto 31 dicembre 1923, n. 2909, art. 4).

La relazione della Commissione era stata invece molto più liberale, in quanto aveva riconosciuto i diritti acquisiti di quei colleghi che, pur non avendo alcuno dei titoli sopraccennati, esercitavano da un periodo di almeno dieci anni una specialità con dignità e competenza. Il Ministro, espressamente interpellato dal Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, confermò esplicitamente che nessun laureato in medicina e chirurgia, che non avesse i titoli richiesti dal R. D. suddetto, poteva fregiarsi del titolo di specialista.

Tutti ricordano l'agitazione che seguì e che si svolse sopratutto nelle colonne del *Bollettino della Federazione Medica* dando occasione a proposte varie, alcune delle quali anche alquanto strane. Pochi però conoscono l'azione pronta, energica per quanto silenziosa, svolta anche in questa occasione dall'Assoc. degli Spec. di Palermo. Questa infatti, nell'Assemblea generale dell'Ordine di quella provincia, del 25 gennaio 1925, faceva approvare all'unanimità un O. d. g. particolareggiato, che rivendicava i diritti acquisiti sopraccennati, e dava mandato al Presidente dell'Ordine di « *esplicare l'azione più efficace per indurre il Governo a integrare l'art. 4 del R. D. 31 dic. 1923 con una equa disposizione transitoria che tuteli i diritti acquisiti* ».

Il Presidente dell'Ordine, prof. Bentivegna, presentò infatti poco dopo al Consiglio della Federazione — del quale faceva parte — tale O. d. G. che sostenne ed illustrò. Fu appunto in seguito a tali avvenimenti e allo interessamento del Presidente della Federazione di allora prof. Gallenga presso il Ministro della P. I. che l'agitazione ebbe il suo legittimo e logico sbocco nel riconoscimento legale richiesto dei diritti acquisiti. Infatti il 4 settembre un nuovo decreto (R. D. 4 sett. 1925, n. 1604) riconosceva il titolo di specialista anche a « *coloro che dimostrino di avere atteso, anteriormente alla pubblicazione del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909, all'esercizio di specialista* ».

Raggiunte così le mète principali per le quali era sorta, ed avocata al solo stato la funzione sindacale delle varie classi sociali, l'Associazione ha cambiato indirizzo e si è fatta iniziatrice di un movimento di alta cultura, promuovendo in seno ad essa sedute scientifico-pratiche periodiche e conferenze su argomenti di specialità. Tali riunioni ebbero principio nel gennaio dello scorso anno 1926 e l'interesse suscitato dalle numerose e importantissime comunicazioni svolte durante l'anno dimostrò che la iniziativa dell'Associazione incontrava il plauso generale sia pel notevole impulso che apportava al perfezionamento scientifico-pratico di ciascuno e al progresso della scienza, sia per lo affratellamento dei colleghi che avevano occasione di avvicinarsi e meglio conoscersi e sia infine pel maggior prestigio e decoro che apportava alla classe e alla città stessa, antica sede di studii universitarii.

L'Associazione degli Specialisti di Palermo — fin dalla fondazione ed ancor oggi — presieduta dal prof. Cimino, merita di essere conosciuta per le benemerenze acquistatesi.

Nel *Policlinico* riporteremo fedelmente i resoconti delle sue operose sedute.

Prof. GIROLAMO MIRTO.

NOTIZIE DIVERSE.

L'emigrazione e la salute pubblica del Regno.

Il Commissariato Generale dell'emigrazione ha inteso di colmare una lacuna nella sua pregevole collana di studi sui fenomeni emigratori e di prospettare un problema che ci interessa da vicino per le gravi ripercussioni sanitarie, sino ad oggi non completamente valutate, pubblicando uno studio molto notevole sulla *Influenza dell'emigrazione sulla salute pubblica del Regno*. I criteri informativi seguiti sono stati tali da creare una pubblicazione di facile lettura, in modo di volgarizzarne lo studio, e di interessare non solamente i medici, ma tutti coloro che seguono argomenti sociali ed emigratori.

Il sanitario troverà nel lavoro larga messe di dati statistici, sulla morbilità e mortalità delle masse emigratorie, ed un ricco notiziario tratto da rapporti di ufficiali medici della R. Marina e da una apposita inchiesta eseguita presso tutti i medici provinciali del Regno.

Questo lavoro è il più completo nella materia e solo il Commissariato Generale dell'emigrazione poteva compilarlo facendo tesoro della sua organizzazione e della sua documentazione.

L'igiene sulle navi.

La Direzione Generale della Marina mercantile ha dato disposizioni alle autorità dipendenti portuali perchè facciano frequenti visite di ispezioni ai locali delle navi destinati ad abitazione ed in ispecial modo alle navi da carico, per constatare in quali condizioni si trovino nei rispetti dell'igiene.

In base ai rapporti di tali ispezioni saranno presi provvedimenti contro quegli armatori che risultino non tenere i loro bastimenti in istato igienico o non sufficientemente adatti i locali per i loro equipaggi.

Pro difesa sociale.

La nuova legge di Pubblica Sicurezza contiene i seguenti articoli riguardanti la propaganda neomalthusiana:

Art. 113. — Sono considerati offensivi della morale e del buon costume gli scritti, stampati, incisioni, litografie, figure, disegni, iscrizioni, oggetti se plastici o di altro genere che divulgano i mezzi di impedire la fecondazione o di interrompere la gravidanza, ne illustrano l'impiego e forniscono comunque indicazioni sul modo di procurarseli o servirsene, ancorchè ciò sia fatto in forma indiretta o simulata o sotto il pretesto terapeutico o scientifico.

Art. 115. — È vietata l'inserzione, nei giornali o altri periodici, di avvisi o corrispondenze di qualsiasi genere che si riferiscano ai mezzi di prevenire la fecondazione o di interrompere la gravidanza, ancorchè in forma indiretta o simulata o sotto il pretesto terapeutico o scientifico, nonchè di quelli relativi a corrispondenze amorose.

È altresì vietato di pubblicare nei giornali o altri scritti periodici ritratti di persone che abbiano commessi delitti di sangue o vi abbiano concorso, nonchè dei suicidi.

I giornali o scritti periodici che contravvengono alle disposizioni del presente articolo sono sequestrati in via amministrativa, dall'autorità locale di pubblica sicurezza.

Provvedimenti igienico-sanitari per Milano.

Il Capo del Governo ha dato la sua approvazione per la costruzione di un nuovo cimitero e per l'impianto di un nuovo tubercolosario a Milano. Il nuovo cimitero sorgerà a sud della città, a circa 7 km. dalla attuale periferia; il nuovo tubercolosario sarà capace di 1000 letti e sarà destinato esclusivamente alle forme tubercolari aperte, mentre il grande tubercolosario di Garbagnate, che sarà capace fra poco di 1000 letti per adulti e di 1000 per bambini, continuerà ad accogliere i tubercolotici affetti da forme chiuse.

Federazione fra i Consorzi antitubercolari della Sicilia.

In una riunione dei delegati dei Consorzi antitubercolari della Sicilia tenutasi in Palermo era stato deciso di invitare tutti i Consorzi provinciali dell'Isola a deliberare la propria adesione alla costituzione di una Federazione dei Consorzi Antitubercolari della Sicilia. Nel mese di gennaio u. s., intanto, detta Federazione è stata ufficialmente proclamata e ne è stato approvato il relativo Statuto.

Per Tripoli stazione climatica invernale.

L'Amministrazione comunale di Tripoli ha nominato una commissione tecnica con l'incarico di riferire circa l'idoneità di quel soggiorno come stazione climatica invernale. Della commissione fanno parte i proff. Onorato, Cattaneo, Piccinini, il dott. Galassi, dell'Associazione italiana di climatologia, il gr. uff. Rebucci del Consorzio nazionale Stazioni di cura e il comm. Brozolo, per l'Associazione nazionale Albergatori.

Nella Croce Rossa Italiana.

Il marchese Carlo dei principi Centurione Scotto, che ha rassegnato per motivi personali le sue dimissioni da Presidente della Croce Rossa Italiana, accettate dal Capo del Governo, ha dato il 22 febbraio la consegna dell'ente al Vice-Presidente Generale, on. barone Acerbo, il quale reggerà l'Associazione fino alla nomina del nuovo Presidente.

Congresso francese di stomatologia.

Si terrà a Parigi dal 24 al 30 ottobre, presso la Facoltà di Medicina e la Scuola francese di stomatologia, sotto la presidenza del dott. Gires; vice presidenti dottori Beliard e Fichot; segretario generale il dott. Leclercq; tesoriere il dott. Psaume. I temi seguenti saranno oggetto di relazioni: « L'estrazione chirurgica dei denti », dott. Monier; « Le osteiti del mascellare inferiore », dott. Gornouec. Sono, inoltre, messi in discussione due temi: « Igiene boccale dei bambini nella scuola e nella famiglia » e « La sterilizzazione in stomatologia »; le discussioni saranno aperte rispettivamente dai dottori Tellier e Fargin-Fayole. Un certo numero di sedute saranno riservate alle comunicazioni libere e alle dimostrazioni tecniche, i cui titoli dovranno essere inviati al segretario generale non oltre il 1° giugno. Una seduta sarà dedicata alla riunione del Sindacato degli stomatologi ed una all'Unione stomatologica internazionale. Per informazioni complementari rivolgersi al segretario generale, Dr. Leclercq, 9, boulevard de la Madeleine, Paris (1er). La quota, che è di 50 franchi, e le iscrizioni, si ricevono dal tesoriere, Psaume, 60, rue de Rennes, Paris; conto chèques postali: Paris 923-76.

Un'esposizione ricca di strumenti e d'apparecchi concernenti la stomatologia sarà unita al Congresso.

Congresso sull'artritismo.

Come abbiamo annunziato, si terrà a Vittel (Francia) il 5 e 6 giugno. Saranno presentate le seguenti relazioni: prof. Loeper (Parigi), La concezione attuale dell'artritismo, malattia da precipitazione; prof. Merklen (Strasburgo), Rene e artritismo; prof. Doumer (Lilla), Apparato circolatorio e artritismo; prof. Léri (Parigi), Apparato locomotore e artritismo; prof. Mouriquard (Lione), Artritismo infantile e sua cura; prof. Castaigne (Parigi e Clermont-Ferrand), La cura di diuresi. Saranno eseguite dimostrazioni pratiche. Le iscrizioni per le comunicazioni si ricevono sino al 31 marzo dal dott. Boigey, segretario generale, Bordeaux, rue Frère 81. Le adesioni si ricevono sino al 15 maggio; quota di 25 franchi per i titolari, di 10 franchi per gli associati. La corrispondenza d'ordine amministrativo va diretta al sig. Renard, Société Générale des Eaux, Vittel (Vosges).

Congressi medici di Vienna.

La Lega tedesca di Psichiatria si adunerà a Vienna dal 21 al 23 aprile. Relazioni: Gruhle e Berze, Psicologia della schizofrenia; Mönkemöller, Assistenza agli psicopatici; Merklin, Assistenza medica nei manicomi pubblici. Segretario Dr. G. Ilberg (Sonnestein bei Pirna, Saxen, Germania).

La Lega tedesca di Neurologia si adunerà a Vienna dal 15 al 17 settembre. Relazioni di Wallenberg (Danzica), v. Frey (Würzburg), v. Weizsäcker (Heidelberg) e Schwat (Breslavia) sull'anatomia, fisiologia e patologia del sistema sensitivo. Informazioni presso il Dr. Kurt Mendel (Berlin, Augsburgstrasse 43).

La Società Microbiologica Tedesca si adunerà a Vienna dal 7 al 9 giugno. Relazioni: Ricerche sperimentali sul cancro; vaccinazioni profilattiche. Informazioni presso il prof. R. Kraus (Wien IX, Zimmermanngasse 3).

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Presso la Facoltà medica di Vienna si terrà un corso sulla Terapia moderna dal 20 giugno al 2 luglio, seguito da una settimana di seminariato dal 4 al 9 luglio; tassa d'iscrizione 50 dol. Per informazioni rivolgersi al segretario Dr. A. Kronfeld (Wien IX, Porzellangasse 22).

Inoltre viene organizzato il 26° Corso internazionale di medicina, con speciale riguardo alla terapia, per medici pratici, dal 26 settembre all'8 ottobre, con una settimana di seminariato dal 10 al 26 ottobre.

Corsi speciali hanno luogo in tutti i mesi su singole specialità e rami della medicina, e si tengono anche corsi d'ambulatorio. Chiedere programmi e informazioni all'indirizzo suddetto.

L'ampliamento del preventorio-scuola di Affori.

In una relazione recentemente pubblicata si dà notizia delle nuove costruzioni in corso per l'ampliamento del benemerito Convitto per fanciulli gracili e per orfani di guerra, in Milano (Affori), così da rispondere alle persistenti richieste di ricovero ed alle necessità inerenti ad una migliore sistemazione dei locali e ad un migliore assetto dei servizi sanitarî, direttivi, economali ed allo sviluppo dell'avviamento professionale degli allievi. L'ampliamento è stato reso possibile mercè il concorso del Comitato provinciale antitubercolare, della Cassa di Risparmio per le Province Lombarde e di generosi oblatori. Con l'inizio del prossimo autunno l'Istituzione sarà capace di circa 300 allievi, rinnovata e rimodernata in quasi tutti i servizi, con grandi locali scolastici, ricreativi, di lavoro, refettorî, dormitorî, nuovi porticati, ecc. ed una chiesa il cui arredo è stato donato dal Comitato di Patronesse. Temporaneamente la sede del Convitto era stata trasferita negli Istituti elioterapici profilattici in Pietraligure.

L'Istituzione è posta sotto l'alto patronato di S. A. R. Emanuele Filiberto di Savoia duca d'Aosta; ne è presidente onorario il sen. E. Greppi; presidente effettivo il prof. T. Della Vedova; la direzione ne è affidata alla sig.ra Maria Bruni ved. Torregiani e al prof. dott. Ferruccio Marcora.

Sotto l'abile guida del Marcora, formatosi nella Clinica medica di Roma, l'istituzione avrà uno spirito disciplinatamente scientifico, animato dalla più rigorosa norma di vita e dai sacri ideali di umanità.

Pel Sanatorio climatico militare di Anzio.

Con R. D. n. 2256, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 9, 1927, è stata dichiarata opera di pubblica utilità la sistemazione del Sanatorio climatico militare in territorio del comune di Anzio (Roma); sarà provveduto perciò alla espropriazione dei beni immobili e dei diritti immobiliari occorrenti per detta sistemazione.

Elargizioni e lasciti.

L'industriale Carlo Pastorino ha lasciato agli Ospedali civili di Genova tre milioni; all'Ospedale «Carolina Pastorino», nella vicina Bolzaneto, 200,000 lire, e una somma per il mantenimento in esercizio dell'Ospedale medesimo; alla Fondazione per l'elioterapia 100,000 lire; altre 330,000 lire per beneficenze varie.

Una recita a beneficio degli orfani dei medici morti in guerra.

Al teatro «Alfieri» in Firenze, ad iniziativa degli allievi della Scuola di Sanità Militare, diretta dal prof. Grixoni, ha avuto luogo una rappresentazione a totale beneficio degli orfani dei medici morti in guerra. L'autore Carbocci ha rinunziato alla somma di L. 800 quali diritti spettantigli, ed il direttore della compagnia comm. Niccoli ha spontaneamente versato la munifica somma di L. 500. Incasso netto L. 4517.

Ecco una iniziativa degna di lode.

Sanatorio internazionale per gli studenti.

Il «Soccorso internazionale degli studenti» cerca da qualche anno di erigere in Europa, in qualche luogo climatico, una casa che dovrebbe accogliere gli studenti di tutto il mondo, malati di petto. Nel congresso dell'anno scorso, tenuto nella Jugoslavia, a Sriemski Karlovei, era stato deciso di scegliere a questo scopo l'alta montagna di Gorenjsko nella Slovenia. La sezione d'America aveva assicurato un contributo di cento milioni di dinari.

Quest'anno il congresso sarà tenuto a Davos, ed è probabile che l'influenza dell'ambiente faccia modificare la decisione a favore della Svizzera, che possiede a Davos una stazione di fama mondiale.

La stampa jugoslava sta svolgendo una viva propaganda a favore di Gorenjsko.

Per le condizioni sanitarie del Nicaragua.

Nel progetto di trattato di alleanza proposto dal Presidente del Nicaragua agli Stati Uniti è stabilito, tra l'altro, che degli esperti nord-americani saranno incaricati del miglioramento delle condizioni sanitarie del Paese.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Gaspare Pendola di New York è stato sgozzato dal padre di un ragazzo, da lui curato di difterite, sotto l'accusa di non aver saputo evitare la morte. Il Pendola, giovanissimo, era stato ammesso da poco ad esercitare la medicina.

Vittima del dovere.

È morto a Milano l'infermiere Carlo De Agostini, il quale era stato addetto agli apparecchi elettrologici e radiologici della Sezione Ponti, presso l'Ospedale Maggiore, fin dalle prime applicazioni dei raggi X, quando ancora non si conoscevano i danni possibili di questa preziosa risorsa diagnostica e terapeutica e non si attuavano mezzi di protezione. Egli divenne un tecnico espertissimo, ma contrasse radiodermiti canceroidi che obbligarono a mutilazioni delle dita, dei metacarpi e da ultimo dei avambracci. Nel 1911 era stato messo a riposo per inabilità fisica contratta in servizio.

Attraverso una ragade al moncherino è penetrata un'infezione eresipetosa che lo ha ucciso.

Prima di essere assunto come infermiere il De Agostini aveva già prestato servizio con la Croce Rossa in Africa durante la campagna 1895-6, guadagnandosi una onorificenza.

Ai funerali ha partecipato commossa tutta la famiglia sanitaria milanese.

Avvelenamento collettivo da liquori.

I giornali politici hanno dato notizia di un avvelenamento collettivo prodottosi a una festa nuziale data in un villaggio del territorio di Wilna, in Polonia; tra i 25 invitati si ebbero 13 morti e 12 colpiti da amaurosi. L'avvelenamento venne determinato da liquori fabbricati con spirito denaturato mediante l'alcool metilico.

Ingente contrabbando d'oppio.

La Guardia di finanza portuale di Napoli ha sequestrato, sul piroscafo « Umbria », un'ingente partita d'oppio che doveva essere importata di contrabbando in America, per il valore di 250,000 lire.

Strano modo di pagare il medico.

Il Tribunale correzionale di Parigi ha condannato a due mesi di carcere col beneficio della condizionale e a 2000 franchi di danni interessi la sig.ra Rimdal, che invitata dal dott. Boile a corrispondergli gli onorari dovutigli, lo perseguitò con un fuoco di fila di quattrocento cartoline postali anonime, in cui lo si accusava dei più turpi atti. L'imputata negò l'accusa, ma non fu difficile di raggiungerne la prova.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 23 ag. — E. MARAGLIANO. I problemi della tbc. — C. CIPRIANI e R. MORACCHINI. Ricambio colesterinico nella nefrosi lipoidea.

Arch. di Patol. e Cl. Med., ag. — A. SEGA. Polimiosite acuta. — P. BENEDETTI e F. VIGI. Infarti splenici.

Arch. Argent. de Enfermed. del Apar. Dig. y de la Nutr., 5. — M. R. CASTEX e J. C. GALÀN. Il duodeno nella giardiasi. — C. BONORINO UDAONDO e L. V. SANGUINETTI. Gastroenteropatie malariche. — P. ESCUDERO. Nuova forma clinica di ittero familiare.

Presse Méd., 11 sett. — D. DANIELOPOLU. Trattamento chirurg. dell'ang. di petto. — M. BRETON. Mesenterite retrattile d'origine erniaria.

Rev. Méd. Latino-Amer., lug. — V. ASCOLI. Il problema della malaria. — A. S. MAROTTA. Distonia di contorsione generalizzata.

Arch. di Antrop. Crim., mag.-giu. — G. NASI. Un lontano precursore di Lombroso. — M. PRATI. Irrancidim. postmortale del grasso. — R. ROMANESE. Diritto di sanare.

Journ. A. M. A., 28 ag. — A. B. WADSWORTH e al. Streptococco scarlattinogeno e siero antiscarlattinoso. — W. G. SPILLER. Iperriplessia degli arti infer.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 13 sett. — Numero in onore di Fülleborn, contenente 30 memorie sulla medicina e l'igiene tropicali.

Paris Méd., 4 sett. — Numero di oftalmol., oto-r.-lar., stomatol.

Arch. Mal. du Coeur. sett. — G. ETIENNE e M. VERAIN. Iperfunzionamento renale nelle cardiopatie compensate.

Journ. Amer. Med. Assoc., 4 sett. — F. CARTER WOOD. Il piombo colloidale nel trattam. del cancro. — C. JACKSON, J. L. MORSE. Le infiammaz. cron. non specif. dei polm. e dei bronchi. — R. L. CECIL e B. H. ARCHER. Classificaz. delle artriti croniche.

Soc. d. Hôp., 5 ag. — Copiosa casistica.

Bull. Ac. de Méd., 27 lug. — A. BONAIN. Teoria dell'audizione.

Minerva Med., 20 sett. — C. FERRIO. Revisione del problema delle neurosi. — C. GAMNA. Cirrosi pigmentaria.

Münch. Med. Woch., 17 sett. — v. KREHL. Punti fermi della medicina interna. — OPITZ. Progressi nel trattam del cancro.

Deut. Med. Woch., 17 sett. — HOFFMANN. Le infiammaz. non tubercolari dei polm. — PANKOW. La diminuz. del dolore del parto.

Mediz. Klinik, 17 sett. — J. OLIVET. La puntura del parenchima epatico a scopo diagnostico. — G. ASCHAUSEN. Sulla plastica mammaria.

Wien. Klin. Woch., 16 sett. — Numero consacrato all'89ª riunione di naturalisti e medici tedeschi.

Ann. di Oftalmol.. ecc., 9. — D. CATTANEO. Melanosi della retina. — SABA. Sintomi oculari dell'isterismo.

Annali d'Ig., ag. — V. Puntoni. Autovaccinazione antirabica. — C. Vercellana. Azione dell'insulina nell'avitaminosi. — V. Marino. Macroreazione degli amidi.

Riforma Med., 6 sett. — E. Maragliano. I problemi della tbc. — G. Franchini. Amebiasi generalizzata.

Proc. Imper. Acad. (Tokyo), feb. — S. Hamano. Vitamine A e raggi ultra-violetti.

Acta Dermato-Venerol., giu. — C. Levaditi. Chimioterapia moderna della sifil. — J. P. van Putte. Resistenza dei gonococchi. Diatermia nella gonorrea. — U. Müllern-Aspegren. Il trattam. endolombare di Gennerich.

Journ. Méd. Français, sett. — Numero sull'eredità.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 sett. — H. N. Ridley. Le cause della calvizie.

New York St. Journ. of Med., 15 sett. — A. J. Bedell. La cataratta.

Amer. Journ. Med. Sc., sett. — H. H. Davis. Lo stato presente del mercurocromo-220 solubile. — G. G. Duncan e A. Rudy. Insufficienza cardiaca consecutiva a ipertensione. — M. H. Kahn. Sintomi prodromici dell'angina p.

Studium, 20 sett. — A. Cardarelli. Due lezioni. — G. Tedeschi. Morbo di Cassirer.

Deut. Med. Woch., 24 sett. — Handovsky-Pandow. Riduzione del dolore del parto.

Wien. Klin. Woch., 23 sett. — Loewenstein e Rácz. La lombaggine.

Rif. Med., 13 sett. — E. Lombardi. Patogenesi dell'ossaluria.

Bol. Inst. Med. Experim. (Buenos Ayres). — Lavori sul cancro.

Presse Méd., 25 sett. — Loeper e al. La funzione della surrenale nel ricambio dello zolfo.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., sett. — T. Burrow. La psicoanalisi nella teoria e nella vita. — S. E. Jelliffe. Disordini respiratori post-encefalitici.

"IL POLICLINICO"

SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Il fascicolo 3 (Marzo 1927) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - V. DEBENEDETTI: Meccanismo e significato della secrezione gastrica a digiuno. (Secrezione da sonda).
II. - F. ALZONA: Sull'optimum cloropeptico negli ipercloridrici, con speciale riguardo agli ulcerosi duodenali.
III. - F. BATTAGLIA: Lesioni a tipo ulcerativo dello stomaco e dell'intestino da lesioni dei centri nervosi.
IV. - A. BIGONI: Un caso di esoftalmo pulsante bilaterale.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 6

I non abbonati alla suddetta Sezione potranno riceverlo inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, *aggiungendo* per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp

Pubblicazioni non di nostra edizione che siamo in grado di offrire, con qualche agevolezza ai nostri abbonati:

Prof. A. ILVENTO.

La difesa della Salute e la scuola

Volume in-8, di pag. 87 L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6.90** franco di porto.

Prof. G. MENDES.

Moderni mezzi diagnostici della Infezione tubercolare

Volume in-8, di pag. 90, con 7 figure intercalate nel testo L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6.90** franco di porto.

Prof. P. RONDONI.

Immunità e Terapia specifica della tubercolosi

Volume in-8, di pag. 70 L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6.90** franco di porto.

Prof. A. LURÀ.

La cura della tisi polmonare col pneumotorace artificiale

Volume in-8, di pag. 70, con 8 figure intercalate nel testo L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6.90** franco di porto.

Prof. A. ILVENTO.

La tubercolosi malattia sociale

Volume in-8, di pag. 180 L. **15.** — Per i nostri abbonati sole L. **13.80** franco di porto.

Prof. A. FRANCHETTI.

La difesa contro la tubercolosi e la sua legislazione

Volume in-8, di pag. 76 L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6.90** franco di porto.

Prof. G. LEVI.

Vita autonoma di parti dell'organismo

Volume in-8, con 35 figure intercalate nel testo L. **7.50.** — Per i nostri abbonati per sole L. **6.90** franco di porto.

G. CAPONE

La dottrina psico-analitica di S. Freud

Volume in-8, di pag. 62, L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6,90** franco di porto.

Prof. G. ALESSANDRINI

Insetti trasmettitori di malattie

Volume in-8, di pag. 94, con 34 figure intercalate nel testo L. **12.** — Per i nostri abbonati sole L. **11.30** franco di porto.

LE DEBOLEZZE DI COSTITUZIONE. *Introduzione alla Patologia costituzionale.* (N. PENDE). Parte I. *Concetti generali.* Volume in 16° di pagine 136. Prezzo L. 7.50. Per i nostri abbonati sole L. 6.90 in porto franco.
— Id. Parte II. *Anomalie e debolezze costituzionali localizzate.* Volume in 16° di pag. 165. Prezzo L. 9. Per i nostri abbonati sole L. 8.30 in porto franco.

IL LINFATISMO. *Rassegna di Patologia costituzionale.* (P. BENEDETTI). Volume in 16° di pag. 166. Prezzo L. 11. Per i nostri abbonati sole L. 9.90 in porto franco.

LE AFASIE (G. MINGAZZINI). Volume in 16° di pag. 128, con figure intercalate nel testo. Prezzo L. 11. Per i nostri abbonati sole L. 9.90 in porto franco.

LA TUBERCOLOSI GENITALE NELLA DONNA (E. PESTALOZZA). Volume in 16° di pag. 145, con una tavola a colori e 20 figure nel testo. Prezzo L. 16.50. Per i nostri abbonati sole L. 14.90 in porto franco.

LE INDICAZIONI ATTUALI ALLA PROVOCAZIONE DELL'ABORTO (P. GAIFAMI). Volume in 16° di pag. 156. Prezzo L. 7.50. Per i nostri abbonati sole L. 6.90 in porto franco.

Prof. A. CORSINI.

Medici ciarlatani e ciarlatani medici

Volume in-8, di pag. 112, con 8 tavole fuori testo L. **9.** — Per i nostri abbonati sole L. **8.25** franco di porto.

Prof. G. GRIXONI.

La depurazione dell'acqua da bere

Volume in-8, di pag. 170 L. **15.** — Per i nostri abbonati sole L. **13.80** franco di porto.

Prof. P. RONDONI.

Sessualità e Ringiovanimento

Volume in-8, di pag. 74 L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6.90** franco di porto.

Prof. D. CARBONE.

I microrganismi dell'industria

Volume in-8, di pag. 90, con 12 figure intercalate nel testo L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6.90** franco di porto.

Prof. L. VIGANÒ.

Vaccino e Vaccinazione contro il vaiuolo

Volume in-8, di pag. 71, con 5 figure intercalate nel testo L. **7.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **6.90** franco di porto.

Prof. A. TRAMBUSTI.

Luigi Pasteur

Volume in-8, di pag. 48 L. **5.** — Per i nostri abbonati sole L. **4.25** franco di porto.

Prof. A. HERLITZKA.

Fisiologia ed Aviazione

Volume in-8, di pag. 160, con 34 figure intercalate nel testo L. **16.** — Per i nostri abbonati sole L. **14.50** franco di porto.

Dott.ssa M. DIEZ GASCA.

La scelta del mestiere

Volume in-8, di pag. 131, con 8 figure intercalate nel testo L. **15.** — Per i nostri abbonati sole L. **13.80** franco di porto.

Prof. G. FICHERA

La lotta contro il cancro

Volume in-8, di pag. 114, con numerose grafiche intercalate nel testo, L. **12.50.** — Per i nostri abbonati sole L. **11.60** franco di porto.

I. SPADOLINI

Le funzioni nervose nel sistema della vita vegetativa

Volume in-8, di pag. 157 con 49 figure intercalate nel testo. L. **15.** — Per i nostri abbonati sole L. **13.80** franco di porto.

SULLO STATO ATTUALE DELLA PATOLOGIA E TERAPIA DELLA SIFILIDE (J. KYRLE). Traduzione di A. BUSACCA. Un volume in 16° di pagine 126. Prezzo L. 8.80. Per i nostri abbonati sole L. 7.90 in porto franco.

LE FORME PERIODICHE IN OTO-RINO-LARINGOIATRIA (G. BILANCIONI). Un volume in 16° di pag. 122. Prezzo L. 9.90. Per i nostri abbonati sole L. 8.90 in porto franco.

VEGETAZIONI ADENOIDI. ADENOIDISMO. (U. L. TORRINI). Volume in 16° di pag. 92. Prezzo L. 6. Per i nostri abbonati sole L. 5.50 in porto franco.

L'IMPORTANZA DELLE DIVERSE SPECIE DI BACCI PER LA DIAGNOSI E PER LA CURA DELLA TUBERCOLOSI (R. GASSUL). Traduzione di M. BARBÀRA. Un volume in 16° di pag. 128. Prezzo L. 8.80. Per i nostri abbonati sole L. 7.90 in porto franco.

DIAGNOSI DEI PROTOZOI E DEI VERMI PARASSITI DELL'UOMO (R. W. HEGNER e G. W. CORT) traduzione di F. RAFFAELE. Volume in 16° di pag. 82, con numerose figure in otto tavole intercalate nel testo. Prezzo L. 5. Per i nostri abbonati sole L. 4.50 in porto franco.

ANNO XXXIV Roma, 21 Marzo 1927 Fasc. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA DERMOSIFILOPATICA
della R. UNIVERSITÀ DI SIENA.
Direttore: Prof. LODOVICO TOMMASI.

Criteri clinici per la diagnosi differenziale delle vaginiti infantili non blenorragiche

per il prof. LODOVICO TOMMASI.

L'essermi dedicato con particolare interesse, durante gli ultimi anni di permanenza nella Clinica di Celso Pellizzari, allo studio ed alla cura della blenorragia infantile e le pubblicazioni che ne seguirono (1) mi diedero occasione di vedere un discreto numero di casi inviatimi da Colleghi da varie regioni, e finanche dall'estero, di bambine affette da secrezione ai genitali.

Ne ebbi poi anche alcune in istudio affidatemi dall'Autorità Giudiziaria come perito in procedimenti penali per probabile contagio a seguito di presunta violenza carnale.

È dallo studio di questi casi che ho potuto sempre più convincermi come talora sia tutt'altro che facile in presenza di secrezione vaginale delle bambine affermarne o negarne la natura blenorragica, ed ho riportato l'impressione che possa riuscire utile ai medici pratici possedere qualche regola clinica di orientamento per evitare da una parte errori di leggerezza e dall'altra allarmi ingiustificati, che qualche volta possono finanche condurre, come a me stesso è capitato di vedere, ad imputazioni gravi che una più oculata diagnosi avrebbe evitato.

A questo punto prevedo che la maggior parte dei lettori penseranno che più che regole cliniche è la ricerca del gonococco del Neisser che decide la questione nettamente e categoricamente. Potrei rispondere che il reperto negativo non esclude la blenorragia; ma desidero aggiungere il fatto contrario e cioè che fra le bambine da me

(1) *L'endoscopia vaginale, ecc.* G. I. M. V. e P., 1920, fasc. III. — *Anatomia patologica vulvo-vaginite bl.giche studiata a mezzo vaginoscopio Tommasi e Necroscopia di un caso*: vol. Onoranze Majocchi, 1920, Bologna. — *Cataforesi iono-argentica nella blenorragia infantile* e Lo Sperimentale, 1922. — *Metodi personali di cura della bl.gia infantile.* G. I. M. V. e P., 1923, fasc. II.

viste parecchie venivano con l'*annotazione del reperto positivo del gonococco* e qualcuna perfino con la conferma del metodo del Gram, e talora ad ulteriori ricerche non risultavano blenorragiche.

In un caso per es., che diede luogo ad un seguito giudiziario, vi era stato un reperto positivo di cosidetto gonococco, nella secrezione vaginale, da parte di un medico condotto e una conferma da parte di un ospedale di montagna con la dicitura « qualche diplococco Gram, negativo ». Però il seguito del decorso della vulvite non fu a tipo blenorragico, i reperti successivi furono negativi; l'uomo, presunto contagiatore, *visitato subito* dallo stesso medico non aveva affatto uretrite; e la bambina guarì dopo 5 o 6 lavande vaginali. Si trattava di una bambina sudicia che andava di abitudine senza mutande e sedeva nelle stalle su fieno imbrattato ecc. È difficile ammettere che veramente si sia trattato in quel caso di blenorragia.

È che il gonococco solo quando si trova in discreta quantità, *solo* e *contenuto dentro cellule di pus ben conservato*, è di facile diagnosi microscopica; ma quando è commisto ad altri germi, è scarso, è extracellulare, la diagnosi *può essere a volte delle più difficili.* Il metodo del Gram, *se ben eseguito*, veramente può esser decisivo; ma eseguirlo correttamente e in modo praticamente utile richiede una certa abitudine che non tutti hanno. A volte poi occorrerebbe eseguire il Gram sul preparato stesso fermato al tavolino del microscopio, quando si tratta solo di qualche coppia sospetta, e ciò non è semplice.

Ora nei casi di incertezza sui reperti microscopici è talora la convinzione o la incertezza clinica che spinge ad ulteriori ricerche e spinge anche a criticare il responso microscopico non categorico.

E poi quanti sono i medici, specialmente nelle campagne, che dispongono di microscopio?

Io penso poi che errori sulla diagnosi di gonococco devono essersi verificati assai spesso anche in Cliniche ed Ospedali, se tante volte si è sentito vantare e si è letto in giornali medici, di blenorragie infantili guarite in 1 o 2 settimane con metodi talora puerili e con cure alla sola vulva.

È per questo ripeto che — senza togliere affatto valore alla ricerca del gonococco che resta sempre la chiave di volta della diagnosi — a me pare possa riuscire utile esporre qui qualche concetto clinico e clinico-batterioscopico differenziale di ausilio che potrà a volte far comodo. Ad essi aggiungerò per esser completo qualche accenno a ricerche e ad alcuni più moderni criteri biologici che aiutano per una diagnosi differenziale.

*
* *

La presenza di secrezione vulvare e vaginale non blenorragica nelle bambine è cosa più frequente di quanto comunemente si pensi. Vi sono forme scrofoloso-linfatiche, e forme da vegetazioni adenoidi endovaginali; ma le più frequenti sono quelle da infezioni volgari — stafilococchi, *diplococchi*, bacterium, coli ecc. — che penetrano in vagina *spesso dopo sosta e moltiplicazione alla vulva* — che spesso per scarsa pulizia è irritata — e costituisce talvolta quasi *un primo focolaio di vera cultura microbica*, con segni clinici o no di vulvite.

Se si pensa come le bimbe, assai spesso senza la protezione di mutande, siedono in terra su pavimenti sudici, su scale, su fieno, letame ecc., si capisce che è sola la difesa naturale *che i tessuti sani* (con l'epitelio integro, il muco ecc.) oppongono ai microrganismi che evita loro le infezioni. Appena per condizioni generali o locali di irritazione la difesa si riduce quel tanto che è necessario proporzionatamente alla virulenza dei germi, si ha attecchimento di essi e malattia: vulvite prima, vaginite poi.

Un'altra abitudine cattiva che ho potuto constatare anche nei ceti sociali migliori e più curanti della pulizia è quella di nettare le bambine dopo la defecazione strusciando con carta, cotone o panni dall'*indietro in avanti* e cioè portando traccie di materie fecali dall'ano alla vulva ed all'uretra. Del resto questo trasporto, in misura minore, viene sempre fatto dalle stesse mutande se sono troppo aderenti.

Caratteristica prima di queste infezioni non blenorragiche è che mancano generalmente di sufficiente acutezza. È assai raro che si tratti di forme ad insorgenza brusca e che diano fatti infiammatori così vistosi da confondersi con la *blenorragia acuta* delle bambine. Che se questa acutezza, per caso non frequente, vi è, allora l'esame microscopico è facile e decisivo poichè *nel periodo di accentuata acutezza le proprietà caratteristiche dei singoli germi, cliniche e microscopiche, sono generalmente ben distinte* così da rendere difficile l'equivoco.

Clinicamente fa contrasto, sopratutto in queste forme relativamente acute non blenorragiche, la fluidità della secrezione che spesso — sopratutto quando proviene da germi, di consuetudine ospiti dell'intestino — è fluida ed ineguale di composizione come per stracci purulenti commisti in un veicolo acquoso o sieroso o mucoso, talora rassomigliante ad acqua di riso, talora più omogenea e densa; ma difficilmente cremosa o nettamente gialla, nè tanto meno verdastra come in questa fase la secrezione blenorragica suole essere.

Può esservi in alcuni casi acuti di vulvo-vaginiti non blenorragiche anche strie di sangue commiste alla secrezione, ma manca quasi sempre tutto il corteo di infiammazione vivace della vulva con edema delle grandi labbra ecc.

Io ricordo un caso di una bimba di 2 a., affetta da enterite con diarree fetide a reazione acida, che talora imbrattavano e irritavano la vulva, nella quale comparve una vaginite acuta *con secrezione siero-purulenta* e con traccie di sangue; al microscopio c'erano, fra altri germi, dei diplococchi intracellulari che si sarebbero detti veramente ad un primo esame dei gonococchi. Ulteriori indagini accertarono la natura non blenorragica della affezione che guarì in pochi giorni con semplici disinfezioni vulvari.

Seconda caratteristica clinica *a cui io dò grande importanza è la mancanza di compromissione dell'uretra.*

Il gonococco attacca oltre nel 90 % dei casi anche l'uretra; ed è estremamente difficile nei casi di blenorragia *acuta* delle bimbe non trovare questa localizzazione. Per contro nelle infezioni dei genitali non da gonococco questa localizzazione è, secondo la mia esperienza, estremamente rara. Anzi dirò di più che sembra che l'uretra, *non malata precedentemente* per altre infezioni, sia di solito resistente o refrattaria ai più comuni germi, *poichè si trova talora una cistite dagli stessi germi contenuti nel pus vaginale* (cistite presumibilmente ascendente) senza secrezione o segni di infiammazione uretrale.

Per accertare questa localizzazione uretrale, che purtroppo spesso dai medici non viene sempre con cura ricercata, occorre tenere le piccole pazienti senza urinare, pulire poi accuratamente la vulva e indi spremere l'uretra con bacchettina di vetro sterile introdotta in vagina.

Questi dati clinici sono poi integrati da quelli microscopici; al microscopio infatti, è proprio in queste fasi acute che, come dicevo più sù, i caratteri istologici e batterioscopici della secrezione si offrono sotto gli aspetti più comunemente noti e classicamente conosciuti. Nella blenorragia cioè si trovano polinucleari ben conservati contenenti i classici chicchi di caffè, le cui dimensioni, ed il cui numero però, occorre tener presente, possono essere veramente assai varie da caso a caso secondo la data di inizio della infezione o per altre cause che qui non interessa di elencare. È molto difficile che in fasi acute ed in casi non curati, se si tratta di blenorragie, i gonococchi manchino.

Nelle forme non blenorragiche invece di solito il pus è meno ben conservato anche in fase acuta, con leucociti degenerati e disfatti, protoplasma mal colorabile e nuclei spesso in disfacimento e mal colorati. Sopratutto poi *o si trovano germi di una sola specie, non confondibili col gonococco*, ed allora l'equivoco non è possibile; ovvero si *trovano germi vari*, cioè flora batterica mista, fra cui possono esservi dei diplococchi somiglianti o sospetti di essere il germe del Neisser; il più delle volte questi diplococchi sono extra-cellulari, ma a volte ve ne sono anche delle coppie *uniche* intracellulari assai simili al gonococco.

È in questi casi che soccorre bene una regola che è giusta *limitatamente alle forme acute* e cioè: *il gonococco, in questa fase acuta*, di solito, *è solo*: non ammette cioè *in questa fase* delle simbiosi perchè supera gli altri germi. « Non fidarsi perciò, in fase acuta, di far diagnosi su scarse coppie di diplococchi extra o intra-cellulari se commisti ad altri germi; ma procedere al Gram e sopratutto ad ulteriori indagini ».

*
* *

Più difficile è l'accertamento nei casi in cui per dati anamnestici e per rilievi obbiettivi la diagnosi differenziale è da porsi fra vaginite non blenorragica e *blenorragia in fase subacuta o cronica.*

Noi sappiamo che la blenorragia infantile è a volte particolarmente ostinata e ribelle — prende decorso cronico e dà recidive. In questi casi le piccole pazienti ci si possono presentare con scarsi fatti infiammatori ai genitali e secrezione scarsa con caratteri assai meno differenziabili macroscopicamente e *microscopicamente* dalle altre secrezioni vulvo vaginali non blenorragiche.

L'orientamento clinico è dunque in questi casi più difficile.

Occorre cominciare col dare grande importanza ad una anamnesi accurata. Il gonococco che giunge sui genitali immuni di una bimba, sia anche in numero scarso e poco virulento, dopo qualche giorno di incubazione dà diffusione rapida e vivace *con fatti di netta acutezza*, che difficilmente possono essere sfuggiti ai familiari. Il processo poi può attenuarsi *sopratutto in seguito a cure*, ma — se non è guarito — suole dare vere e proprie *riacutizzazioni* di una certa importanza, anche se non intense come il primo attacco.

Perciò nei casi di blenorragia che si presenta al medico in fase cronica noi appureremo dall'anamnesi quasi sempre che fatti di insorgenza acuta e di riacutizzazioni vistose periodiche vi sono stati. Per contro insorgenze così acute e così nette riacutizzazioni periodiche è assai raro

di ritrovare nell'anamnesi delle bimbe affette da secrezione non blenorragica.

È da ascriversi a questa categoria di criteri diagnostici la pratica di tenere alcun tempo in osservazione la piccola malata sperando di sorprendere una spontanea riacutizzazione durante la quale tutti gli esami e particolarmente quello batterioscopico può essere decisivo.

Occorre por mente, però, che anche le forme secretorie non blenorragiche dei genitali muliebri infantili subiscono spesso degli alti e bassi, dei periodi di remittenza e di relativa esacerbazione — sopratutto se trattasi di forme legate a stati generali linfatici —; ma le oscillazioni si presentano *entro limiti modesti* e quando sembra di vedere delle vere acuzie del processo, ad un esame più attento si scopre che una mancanza di pulizia, lasciando ristagnare la solita secrezione, ha portato alla transitorissima complicanza di una vulvite volgare acuta con o senza intertrigo.

Secondo criterio *importantissimo* è anche qui *la mancanza di compromissione dell'uretra* (rilevabile con le stesse precauzioni più sopra esposte); questo criterio avrà naturalmente maggiore importanza quando si tratti di malate mai curate e con secrezione vaginale relativamente abbondante. Per contro se cure sono state recentemente eseguite anche all'uretra, può residuare per un certo tempo, in caso di blenorragia, la sola localizzazione vaginale o la sola uretrale.

Assai poco fidi sono qui invece i criteri sul tipo di secrezione, tanto macro- che microscopicamente osservata. Si suol parlare di pus bene conservato come un dato sospetto per la blenorragia; ma per mia esperienza dirò che *quando si tratta di antiche vaginiti* e sopratutto *di forme curate* i criteri differenziali più usuali, che tanto valore hanno nelle forme acute, riescono di scarsa praticità.

Anche batterioscopicamente il gonococco può perdere vari dei suoi caratteri attraverso l'invecchiamento: può essere per es. extracellulare e sopratutto tollera benissimo la coabitazione di altri germi, anzi lascia prendere talora ad essi *apparente predominio*, così che nei preparati, il gonococco si trova solo scarsamente commisto a flora abbondante di altri germi, salvo ad essere esso il maggiore responsabile della cronicità del processo e *delle riacutizzazioni, durante le quali torna a prendere il predominio o l'esclusività.*

Per chi voglia meglio comprendere attraverso la anatomia patologica della vaginite infantile le ragioni di questo comportamento del gonococco io rimando allo studio mio e del Barbieri riportato al XVII Congresso della Società di Dermatologia e Sifilografia a Bologna 1920 (Vedi vol. Onoranze al prof. Majocchi. Tip. Dal Pozzo, Faenza).

Io dirò qui brevemente che, mentre nel primo periodo il gonococco prevale e vegeta nell'epitelio, successivamente infiltra la parte connettivale della mucosa e finanche della sottomucosa dalle quali di tanto in tanto affiora, portato verso l'epitelio dalla infiltrazione suppurativa. L'epitelio d'altra parte quando è alterato nella sua struttura ed impedito nella difesa delle normali secrezioni mucose è ottimo terreno di attecchimento dei comuni germi. Queste cognizioni spiegano le alternanze descritte.

In conclusione però, come si è visto, mentre riesce più facile la diagnosi differenziale da vaginiti blenorragiche e non blenorragiche in periodo acuto, non è sempre così in periodo subacuto e cronico. In questi periodi secondo quanto si è detto — a meno che gli esami microscopici non siano evidenti per la presenza del gonococco del Neisser — i dati clinici su cui si deve orientare la diagnosi si riducono ai seguenti:

Criteri anamnestici di pregressi stati acuti;

Compromissione o meno dell'uretra;

Studio del decorso ed attesa, o provocazione di eventuali acuzie, durante le quali di solito tornano a ben corrispondere i criteri clinici e batterioscopici della secrezione come si è detto per il periodo acuto.

*
* *

A questi criteri diagnostici di più facile rilievo noi possiamo aggiungere altri più delicati; primo di essi i dati forniti dalla vaginoscopia; secondo, i vari tipi di provocazione; e infine le ricerche sierologiche.

La vaginoscopia eseguita col « Vaginoscopio infantile Tommasi » (od anche — meno bene — con comune tubo uretroscopico corto) che ogni Clinica Pediatrica o Venereopatica ed ogni specialista dovrebbe essere in grado di eseguire, dà degli utilissimi segni positivi e negativi, e permette di prelevare ed esaminare al microscopio secrezione prelevata dai fornici e dal canal cervicale.

Ecco le cognizioni di base per la diagnosi differenziale vaginoscopica: Nelle forme acute blenorragiche il processo infettivo invade assai sollecitamente tutta la vagina che appare arrossata con superficialissime erosioni ed a volte con picchiettature emorragiche sotto epiteliali. I fornici sono sempre presi ed anche la piccola portio. Più tardi, nella fase subacuta e cronica, il processo è più evidente o addirittura limitato apparentemente alla sola parte alta della vagina e sopratutto ai fornici dove la secrezione ristagna — *ma assai spesso,* con notevole frequenza, vi è anche compromissione del canal cervicale —

ben visibile al vaginoscopio — con canale arrossato beante e stoppaccio muco-purulento che da esso si affaccia in vagina. La ricerca del gonococco su questa secrezione cervicale può a volte esser decisiva.

Nelle forme non blenorragiche i caratteri differenziali con le forme blenorragiche esistono quasi sempre ma sono diversi a seconda delle varie forme cliniche di vaginiti.

Di solito nelle forme infettive volgari (non blenorragiche) la vaginite, *specialmente se acuta*, essendo come si è detto quasi sempre una propagazione di una vulvite in atto, noi vediamo al vaginoscopio la partecipazione di preferenza o *la limitazione alla parte bassa della vagina;* talora i segni ispettivi dell'infiammazione si arrestano sfumando alla prima metà della vagina e quindi i fornici sono quasi mai compromessi. Non ho mai trovato partecipazione della portio o del canal cervicale.

Le forme infettive non blenorragiche *ad andamento subacuto e cronico* somigliano però di più alla blenorragia cronica dal lato vaginoscopico, ma ancor più forse alle vaginiti linfatiche e scrofolose.

Anzi io direi, piuttosto, che le forme *croniche* non blenorragiche sono sempre sostenute da terreno linfatico-scrofoloso e che quindi clinicamente vaginiti scrofolose o linfatiche croniche e vaginiti croniche da infezioni volgari sono la stessa cosa. Nelle forme linfatiche e scrofolose si trova sempre una gran ricchezza di germi i più vari i quali sono i più gran responsabili diretti della secrezione, pur essendo la vera malattia a responsabilità costituzionale. Per contro le forme infettive non blenorragiche (e ciò in parte si potrebbe dire anche per le blenorragiche) non arrivano mai alla cronicità se non trovano un terreno favorevole nella costituzione linfatica locale e generale.

Perciò, chiudendo la parentesi, dirò che nelle forme croniche non blenorragiche alla vaginoscopia è classico il reperto *vellutato, follicolare* delle vaginiti, nella parte alta, della vagina, ai fornici, e alla piccola porzio, in modo talora uniformemente diffuso tal'altra a chiazze.

Questo aspetto qualche volta è addirittura *villoso* ed allora è piuttosto a zone di diversa intensità.

Ricordo, come estremo limite, il reperto vaginoscopico registrato da un mio collega di Clinica a Firenze, che potè scoprire e curare nella bimba di un collega che da anni soffriva di secrezione vaginale, delle vere e proprie vegetazioni adenoidee paragonabili ai polipi naso faringei. (1) A mezzo del vaginoscopio Tommasi esse furono causticate e distrutte ottenendo un risultato definitivo di guarigione (1).

In ogni modo la possibilità di poter raccogliere al vaginoscopio sotto il controllo della vista, secrezione nelle varie parti della vagina e specie ai fornici ed al canal cervicale e sottoporla ai comuni esami cito-batterioscopici, dà certo assai più affidamento sulla esattezza e genuinità dei reperti che non quando gli stessi esami vengono eseguiti su secrezione raccolta all'orificio vulvare.

*
* *

Un altro lodevole metodo di accertamento può essere quello della « *provocazione* ».

Ho già detto come riesca utile a volte alla diagnosi differenziale l'attendere, durante un congruo periodo di osservazione e di sospensione di cura, l'eventuale spontaneo riaccendersi del processo, e cioè una eventuale riacutizzazione spontanea che per sè stessa — se nettamente acuta — è già dato in favore della etiologia gonococcica, ma che sopratutto permette una più chiara estrinsecazione di quella sintomatologia clinica che più sopra abbiamo differenziato; e di ottenere con più frequenza resultati decisivi dalle comuni ricerche microscopiche, che eventualmente fino allora fossero riuscite poco persuasive.

Ora queste riacutizzazioni possono — volendo — essere affrettate o « *provocate* » artificialmente con vari mezzi. Uno strapazzo corporeo, come corsa, ballo, lunghe passeggiate, o eccessi dietetici possono riuscire da provocante; ma più in uso oggi sono i metodi di provocazione biologica e chimica.

Col primo si tende ad avere con iniezione parenterale di antigene (vaccino gonococcico) una « reazione di focolaio » con formazione *in primo tempo* di una maggiore essudazione contenente più facilmente i gonococchi non chiaramente fino allora dimostrati. Il fatto di una simile reazione « di focolaio » (quasi sempre constatabile nei focolai chiusi) ma anche frequenti in quelli uretrali vaginali e uterini è stato più volte notato dagli AA. durante applicazioni terapeutiche. Cappelli e Tommasi furono fra i primi ad adoperare il metodo (1913) a scopo diagnostico in

(1) Non starò qui a ricordare le altre possibilità diagnostiche più rare che l'endoscopia vaginale può mettere in evidenza differenziandole da tutte le altre. Accennerò alla secrezione da corpo estraneo già riscontrata nella stessa Clinica di Firenze ed a quella da me riportata di un grosso angioma cavernoso interessante la parete vaginale ed una parte della portio.

(1) Come parentesi terapeutica, credo non male accetta, dirò che anche le vaginiti scrofolose a parete granuleggiante si avvantaggiano grandemente di toccature delicate al lapis di nitrato d'argento.

una perizia medico-legale. Il metodo non è di risultato sicuro ma può essere tentato perchè innocuo e utile se riesce. (Adoperare una sola dose di vaccino di media intensità a seconda l'età della P.). Di uso più comune è la tecnica della provocazione di una maggior quantità di essudato vaginale, mediante l'iniezione in vagina di sostanze chimiche provocatrici, sopratutto di nitrato di argento 1 o 2 %. Si osserva la reazione clinica e si ricerca il gonococco, dopo 12-24-36-48 ore.

Il metodo è buono quando riesce; io però consiglio di applicarlo alla fine di tutte le altre ricerche qualora esse siano negative, perchè non è raro il caso, anche in soggetti certamente blenorragici allo stato cronico, di vedere scomparire per parecchio tempo con l'uso anche di una sola dose di nitrato quei pochi diplococchi che si desiderava vedere in maggior quantità ed in atteggiamenti morfologici più tipici; ed anche avere la scomparsa della secrezione e cioè una apparente guarigione di qualche settimana ciò che non fa che ritardare l'esatta diagnosi.

*
* *

Ricorderò infine per essere completo le ricerche sierologiche sul siero di sangue delle piccole pazienti. La deviazione del complemento secondo il metodo di Bordet riesce abbastanza bene purchè si adoperi degli antigeni assai ricchi di germi (vaccini extra-starck) si dosino con esattezza i vari ingredienti e si stabiliscano numerosi controlli. I vari AA. danno per le forme di blenorragia infantile cifre un po' varie. All'ingrosso si può dire che si ha dal 30 al 50 % di resultati positivi nelle forme blenorragiche più recenti. Circa 70 % nelle forme croniche delle bambine e fino a 90 % quando vi siano complicanze.

Io lamento che in queste ricerche vi siano pochi controlli di ammalate affette da vaginiti non blenorragiche.

In ogni modo poichè la massima positività si avrebbe nelle forme vecchie dove — come si è detto — i segni clinici differenziali sono a volte meno evidenti così è utile in quei casi ricordarsi di questi metodi sierologici.

Non consiglio le cuti nè le intradermoreazioni. I resultati aspecifici, specialmente nelle bambine, sono assai frequenti e possono condurre in errore.

*
* *

Concludendo riunirò in una tavola sinottica i caratteri differenziali clinici, ed il resultato delle varie pratiche e prove per raggiungere la diagnosi.

PERIODO DI INSORGENZA RECENTE O FORME COMUNQUE ACUTE.

Diagnosi differenziale.

Blenorragiche.	*Non blenorragiche.*
L'acutezza è assai marcata e di discreta durata.	Acutezza relativa e di solito di breve durata.
Secrezione abbondante cremosa bianco-giallastra o giallo-verdastra.	Secrezione di solito scarsa alquanto più fluida, spesso a tipo leucorroico, o mucoso; a volte quasi sierosa con contenuto solido a straccetti, o come acqua di riso.
Compromissione ed arrossamento dei genitali esterni e spesso della zona perigenitale.	La zona perigenitale non è quasi mai compromessa dalla infiammazione (salvo, scarsamente, nei casi di grave trascuratezza di pulizia).
Partecipazione dell'uretra al processo blenorragico.	*L'uretra non partecipa alla malattia.*
Al microscopio. In questo periodo reperti ben distinti. Secrezione costituita soltanto da pus ben conservato, caratteristici gonococchi intracellulari, Gram negativi; difficile, in questo periodo, il reperto di associazioni batteriche insieme al gonococco. Scarse cellule epiteliali, e leucociti in disfacimento.	*Al microscopio.* Secrezione in parte fibrinosa con parecchie cellule di epitelio; pus più o meno abbondante, ma spesso mal conservato, a cellule vacuolizzate mal tingibili, ecc. Assenza di germi, o, più spesso, flora abbondante mista, prevalentemente o soltanto costituita da un solo tipo morfologico di germi (cocchi o bacilli).
Al vaginoscopio. Si constata precoce estensione processo parte alta vagina e fornici. Presenza di erosioni, emorragie puntiformi sottoepiteliali, ecc. Gli esami microscopici sulla secrezione prelevata in alto danno più facilmente al microscopio reperti più attendibili per la blenorragia.	*Al vaginoscopio.* Limitazione vaginite parte bassa. Quadro più vario e meno determinato; arrossamento più vivo, mancano erosioni ed emorragie o, se vi sono, sono non a tipo di piccoli elementi puntiformi ma a forma e grandezza varia. L'esame microscopico negativo per il gonococco, fatto su secrezione raccolta in alto, ha più valore.

FORME (O PERIODO DEL PROCESSO) SUBACUTE O CRONICHE.

Diagnosi differenziale.

Blenorragiche.	*Non blenorragiche.*
Anamnesi. Insorgenza brusca; acutezza intensa o discreta; riacutizzazioni numerose e vistose.	*Anamnesi.* Insorgenza insidiosa subdola; acutezza scarsa; oscillazioni di acutezza nel decorso di scarsa importanza, e più in rapporto a migliorata o peggiorata pulizia locale che a riacutizzazioni spontanee del processo.

Vi è uretrite.	*Manca uretrite.*
Al microscopio. Caratteri spesso infidi. Pus di solito ben conservato; possibile, in questo periodo l'associazione. Diplococchi intra- ed extracellulari. Diplococchi Gram negativi associati talora a diplococchi Gram positivi ed a bacilli.	*Al microscopio.* Caratteri infidi, somiglianti *talora* a quelli delle forme blenorragiche più vecchie. Il Gram, se bene eseguito, può essere decisivo.
Osservazione del decorso spontaneo della M.: Facili riacutizzazioni spontanee durante le quali ricompaiono in parte o in tutto i caratteri più sopra descritti per le forme acute. *Ripetere gli esami durante queste riacutizzazioni.*	*Osservazione* del decorso della M.: Oscillazioni di acutezza scarse, mancano vere riacutizzazioni.
Al vaginoscopio. Limitazione dei fatti ispettivi in alto (fornici o portio). Secrezione, emorragie puntiformi, ecc. Possibile — specie su terreno scrofoloso — aspetto vellutato o papillomatoso della mucosa.	*Al vaginoscopio.* Frequente (*nelle forme croniche scrofoloso-linfatiche*) il reperto di mucosa granuleggiante, vellutata quasi papillare.
Compromissione frequente *canal cervicale.* Candelotto muco pus da esso proveniente, emorragie, ecc. *Ripetere gli esami microscopici sulla secrezione endocervicale.*	Orificio *canal cervicale* a volte granuleggiante come il resto della mucosa visibile; *ma niente secrezione proveniente dal canale.*
Provocazione. Con vaccini o con mezzi locali. Si provocano artificialmente delle riacutizzazioni (vedi Riacutizzazioni) durante le quali ricompaiono in parte i caratteri differenziali più evidenti delle forme acute sia clinici che batterioscopici.	*Provocazione.* Con vaccini: manca riacutizzazione. Con irritazione chimica locale: riacutizzazione scarsa o assente. Maggiore divergenza nei caratteri differenziali sia clinici che batterioscopici. (Vedi sopra).
Cutireazioni e intradermoreazioni: infide, non consigliabili.	*Cutireazioni e intradermoreazioni*: infide, a volte aspecifiche. (Spesso è positiva anche la Pirquet alla tubercolina, nessun valore diagnostico per la etiologia della secrezione vaginale).
Deviazione complemento circa 50% di resultati positivi (adoperare antigeni molto carichi di germi).	*Deviazione complemento* (antigene gonococcica) qualche raro resultato aspecifico.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. Istituto dermosifilopatico della R. Università di Palermo.
Direttore: prof. L. Philippson.

Sulla frequenza della paralisi progressiva in Sicilia

per il dott. V. Cuccia.

Secondo una nuova teoria sull'origine della P. P., questa malattia non si sviluppa nel decorso spontaneo della sifilide, ma deriva da una sifilide, la quale, già da mezzo secolo, è stata trasformata dal trattamento medico. Così si spiegherebbe la comparsa della P. P. nel secolo passato, mentre prima, malgrado l'esistenza della sifilide in Europa, essa non fu osservata: e così si spiegherebbe anche la mancanza della P. P. in paesi ed in tribù, in cui è diffusa la sifilide, ma non viene curata.

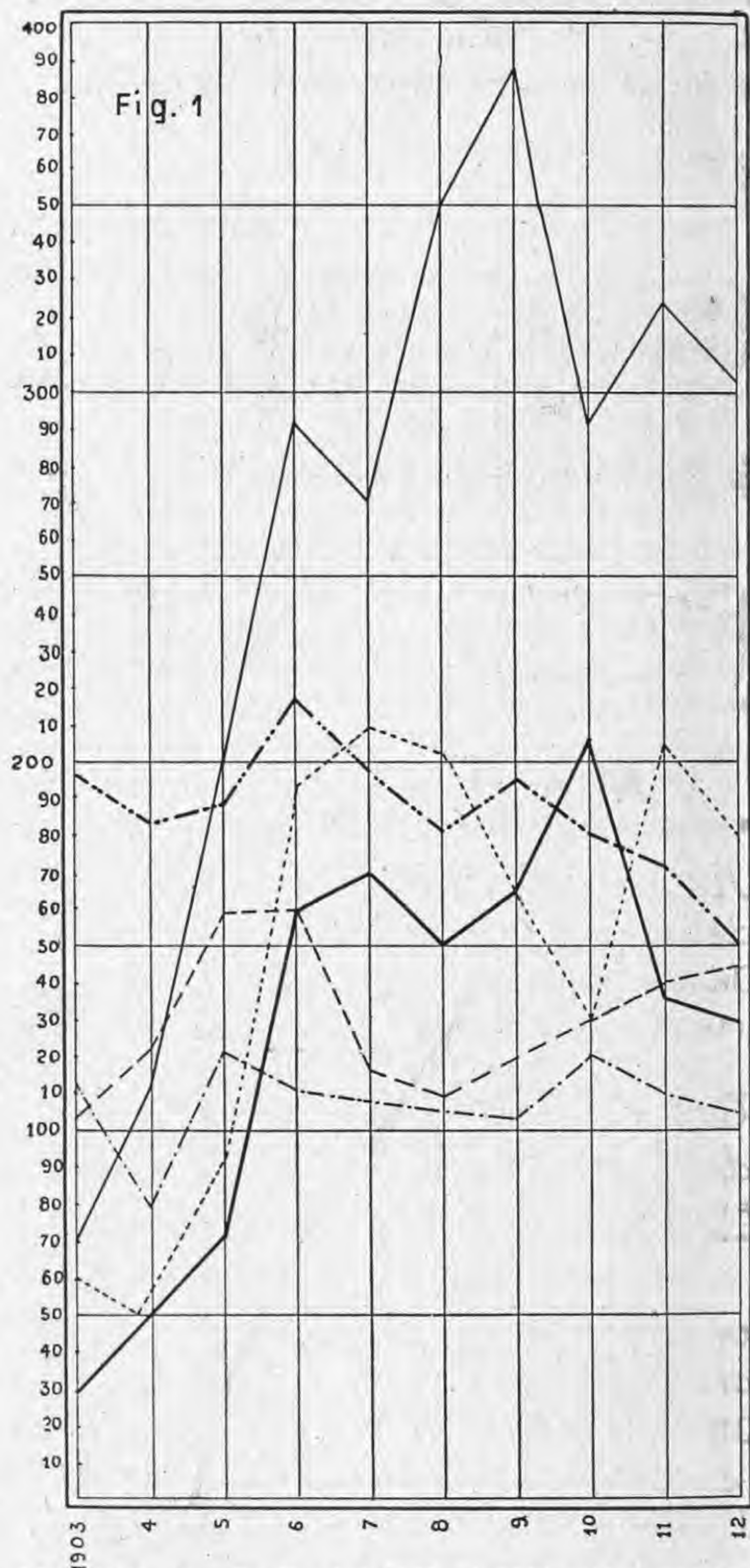
Questa nuova teoria ha trovato, anche qui da noi, il plauso del Goria, il quale, in un recentissimo suo lavoro (*Sui rapporti fra sifilide e malaria*, Quaderni di Psichiatria, anno XIII, 1926, n. 3-4), pensa appunto che abbiano un valore notevole le ricerche statistiche del Wilmanns e dello Steiner tendenti ad avvalorare le loro nuove vedute su questo argomento di attualità.

Ora il Wilmanns, uno degli autori di questa teoria, in una recente pubblicazione (Karl Wilmanns und Gabriel Steiner: *Syphilis und Metasyphilis*, Z. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, vol. CI, pag. 875, 1926) la illustra con l'esempio della Sicilia.

Secondo la statistica di Kolb (Kolb: *Eine vergleichende internazionale Paralysestatistik*, Z. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, vol. XCVI, fascicolo 1-3, 1925, pag. 1), della quale si è giovato il Wilmanns, e che io qui appresso riproduco (fig. 1), la mortalità per P. P. delle città di Palermo, Siracusa e Messina (il Kolb si è curato di riportare i dati statistici solamente per queste tre città siciliane), nei primi dodici anni del corrente secolo, viene a subire un rapidissimo e notevole aumento. Si rileva infatti dalle relative grafiche statistiche come da un *minimum* di mortalità nel 1903 del 70, 60, 30 per 1 milione di abitanti, si sale rapidamente negli anni 1907-10 ad un *maximum* di 380, 210 e 200 rispettivamente per Palermo, Siracusa e Messina, e come questo rapido e progressivo aumento che si verifica nelle città dell'isola, non ha riscontro nelle città del continente (Roma, Firenze e Torino).

Volendo io stesso rendermi preciso conto di questi fatti ho pensato di approfondire di più lo studio statistico del Kolb iniziando le mie ricer-

che statistiche sin dal 1881 (anno in cui si inizia la statistica delle cause di morte in Italia) e continuandole, sempre per conto mio, senza tener conto dei *dati* del Kolb, fino a tutto il 1923 (l'ultimo bollettino pubblicato riporta i dati sino

Fig. 1

Mortalità per P. P. dal 1903 al 1912; cifre proporzionali ad un milione di abitanti; le grafiche iniziano, a sinistra, dal basso in alto, secondo l'ordine: Messina, Siracusa, Palermo, Roma, Firenze, Torino. Secondo Kolb.

a quest'anno) estendendole, nello stesso tempo, a tutte le provincie della Sicilia, all'intiera isola ed anche al Regno, al fine di poter fare, se del caso, qualche confronto.

Per la provincia di Palermo, oltre alla statistica d'insieme, ne ho compilata una che si riferisce alla sola città, ed un'altra per la sola provincia, escludendovi la città, per vedere se non vi fosse, per caso, un andamento differente fra città e provincia.

Per la compilazione delle mie statistiche mi sono giovato dei dati numerici ricavati dai volumi di « Statistica delle cause di morte » pubblicati a cura della Direzione Generale di Statistica.

Per la città di Palermo mi sono servito dei dati riportati dal Bollettino Mensile edito dall'Ufficio d'Igiene del Comune.

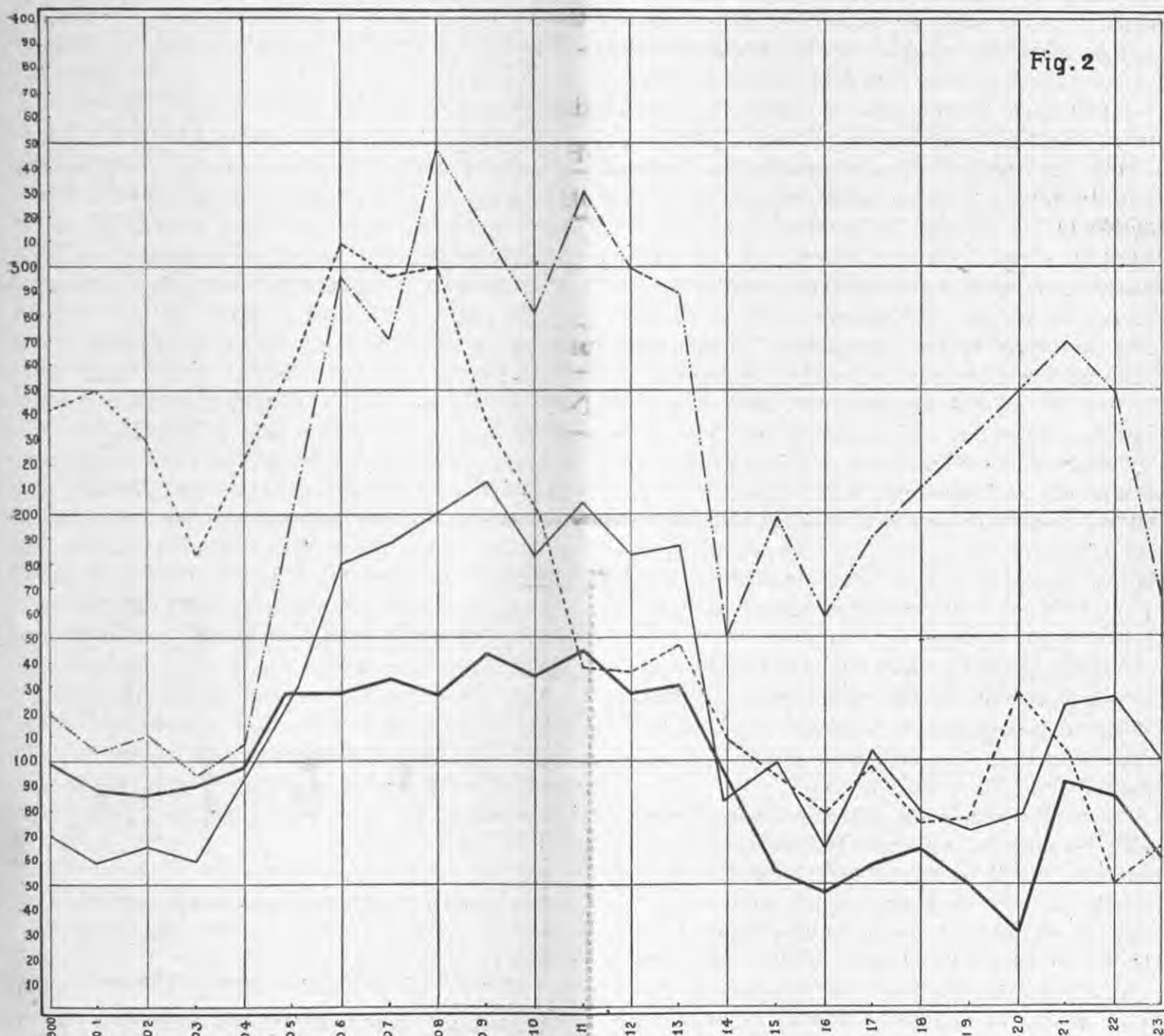
Delle singole statistiche ho tracciato le rispettive grafiche solamente per il periodo di tempo compreso tra l'anno 1900 ed il 1923.

Però, per ragioni di indole prettamente tipografica, non riproduco qui tutte le curve, e mi limito a farlo solo e comparativamente per quelle che si riferiscono al Regno, alla Sicilia, alla provincia di Palermo ed a Palermo città (v. fig. 2). Devo qui notare che le mie grafiche presentano delle piccole differenze in confronto a quelle rispettive del Kolbe; che le curve che questo autore attribuisce alle città di Palermo, Messina e Siracusa, rispondono invece meglio nel mio studio ai dati statistici delle relative province, ed infine che la curva relativa a Siracusa è da attribuirsi a Messina e viceversa.

Prima di entrare ad esaminare i varii dati statistici con le rispettive grafiche, si rende assolutamente necessario premettere alcune notizie desunte dalle stesse introduzioni agli Annali delle statistiche sulle cause di morte. Queste notizie servono a lumeggiare sul modo come le stesse statistiche venivano e vengono compilate, sull'inizio di esse, sul metodo e la tecnica tenuti nei vari anni, e sulle fonti.

In seguito al R. D. 18 novembre 1880 — il quale prescriveva che per ogni denunzia di morte, a cominciare dal primo gennaio 1881, dovesse essere compilata una scheda necrologica la quale, oltre le notizie concernenti lo stato individuale del defunto, fornite dall'ufficio di Stato Civile, doveva indicare anche la causa di morte, secondo la dichiarazione fatta dal medico che teneva in cura l'ammalato — fu iniziata la statistica annuale delle cause di morte, che si pubblica a cura della Direzione Generale della Statistica. Essa fino a tutto il 1886 fu eseguita limitatamente ai comuni capoluoghi di provincia e di circondario o distretto, per i quali aveva effetto il R. Decreto. Dal principio del 1887 essa venne estesa a tutti i comuni del Regno, e ciò sempre per sola raccomandazione ai Sanitari preposti alla salute pubblica, e non già per tassativo obbligo di legge. Col R. Decreto 22 dicembre 1888 n. 5849, sull'ordinamento dell'assistenza sanitaria, venne invece fatto obbligo tassativo a tutti i medici di denunciare al Sindaco del rispettivo Comune, in ogni caso di morte, la malattia o l'accidente che ne fu la causa, cosicchè la raccolta delle notizie dall'anno 1889 in poi

non dipende più dalla spontanea collaborazione dei medici, ma da un preciso obbligo di legge (art. 3 del regolamento approvato con R. D. 25 luglio 1892, n. 448, sulla polizia mortuaria).

Nella classificazione adottata per la compilazione della statistica, tutte le morti sono distine in 168 voci, secondo un elenco preparato nel 1881 da apposita Commissione Medica e leggermente ritoccata una prima volta nel 1883 ed una seconda volta nel 1889. Questi ritocchi consistono nell'avere separato in due o più rubriche i morti per talune malattie, che prima erano raggruppati in una rubrica sola, al fine, di rendere più analitica l'indagine circa le cause di morte e per meglio coordinare la nostra alle statistiche di altri Paesi, in omaggio anche ai voti espressi dall'Istituto Internazionale di Statistica e dalla Commissione Internazionale per l'ordinamento della Statistica Sanitaria. A maggiore intelligenza del presente lavoro, devo far notare come dal 1881 al 1883 la Demenza paralitica era rubricata assieme alle Successioni della pazzia. Dal 1883 la classe delle malattie del sistema nervoso viene modificata, rubricando a sè la Demenza paralitica, che pertanto viene separata dalla voce delle Successioni della pazzia. Nel 1889 la classe delle malattie nervose viene ancora ritoccata per cui compare per la prima volta il termine di Paralisi progressiva, che viene rubricata col rammollimento ed i tumori cerebrali e spinali; la Tabe dorsale e mielite sono raccolte in unica voce, e la Demenza paralitica è rubricata a sè, e ciò fino al 1898; dal 1899 in poi la Paralisi progressiva viene rubricata con la Demenza paralitica ed a parte vengono rubricate le voci: rammollimento cerebrale, tumori cerebrali e spinali; mielite e tabe dorsale; successione della pazzia.

Mortalità per P. P. dal 1900 al 1923, secondo cifre proporzionali a 1,000,000 di abit.; le grafiche iniziano secondo l'ordine, dal basso in alto: Sicilia, Regno, prov. di Palermo, città di Palermo.

Tutti questi varii ritocchi, apportati al gruppo delle malattie del sistema nervoso, sono da mettersi in relazione principalmente col fatto che i

psichiatri, col progredire della scienza, hanno creduto opportuno apportare delle modificazioni alle primitive classificazioni delle malattie della loro branca. Si sa infatti che fino al 1876 la Paralisi generale progressiva, per quanto individuata e considerata quale entità morbosa a sè dal Bayle già sin dal 1822, pure era considerata qui da noi come un ultimo episodio di talune forme mentali e veniva pertanto rubricata, nella classificazione dell'Esquirol, tra le successioni della pazzia, col termine di *mania semplice*. La Demenza paralitica compare nel nostro manicomio nella prima statistica, fatta su quella del Verga, nel 1876 (vedi in proposito: G. Dotto: *La pazzia in Sicilia*, Il Pisani, vol. XXX, fasc. 1-2, 1910) ed è rubricata, secondo la classificazione dello stesso Verga, adottata in quello stesso anno al congresso di Imola, col termine di *Frenosi o psicosi paralitica*. Bisogna arrivare al 1903, anno in cui fu adottata la nuova classificazione stabilita al Congresso di Ancona, perchè questa affezione, progressivamente meglio individuata, venga rubricata nelle statistiche con le due denominazioni di Paralisi generale progressiva e di Demenza paralitica, che ancora oggi conserva.

L'importanza grandissima che queste esaurienti considerazioni, ignorate sicuramente tanto dal Kolb quanto dallo stesso Wilmanns, hanno per la interpretazione di moltissimi fatti emersi dal mio studio statistico, e di cui dirò in seguito, m'inducono a ripeterle qui sotto in sintesi, perchè esse siano meglio rilevate:

1) in Italia, la statistica annuale delle cause di morte, fu iniziata con l'anno 1881 e fino a tutto il 1886 essa fu eseguita limitatamente ai soli Comuni capoluoghi di provincia e di circondario o distretto;

2) dal principio del 1887 essa venne estesa a tutti i comuni del Regno. Intanto dobbiamo qui rilevare che il prof. G. Dotto, il quale tiene da moltissimi anni la Direzione del Manicomio Provinciale di Palermo, nel suo studio statistico: *Sulla pazzia in Sicilia* (lavoro citato), fa notare, a pag. 31, che la mortalità per demenza paralitica delle provincie siciliane data solamente dal 1899, essendo limitata ai soli comuni capoluoghi di Provincia o di circondario quella degli anni precedenti;

3) dal 1881 e sino a tutto il 1888 la raccolta delle notizie sulle cause di morte dipendeva unicamente dalla spontanea collaborazione dei medici;

4) dal 1889 viene fatto obbligo tassativo a tutti i sanitari di dichiarare, in ogni caso di morte, la causa o l'accidente che ne fu la causa;

5) dal 1881 al 1883 la demenza paralitica era raggruppata in una rubrica sola con la successione della pazzia;

6) dal 1884 al 1888 la demenza paralitica viene rubricata a sè;

7) dal 1889 fino al 1898 si ha una rubrica per la paralisi progressiva, che è raggruppata col rammollimento cerebrale e coi tumori cerebrali e spinali, ed un'altra rubrica a sè per la demenza paralitica;

8) dal 1899 in poi i due termini di paralisi progressiva e demenza paralitica sono raggruppati in unica voce.

*
* *

Prospettati così succintamente i vari fattori inerenti alla tecnica statistica cerchiamo ora, con la guida di essi, di esaminare e di interpretare quanto si rileva dai dati statistici e dalle grafiche da me compilate sulla frequenza della mortalità per P. P. verificatasi nel Regno, in Sicilia e nelle provincie siciliane dal 1881 in poi.

Sino al 1900 la frequenza nella mortalità per P. P. si presenta in generale piuttosto bassa. Questo fenomeno è da considerarsi più come apparente anzichè reale, tenendo in speciale considerazione i vari fattori esposti sopra e precisamente che in questo periodo di tempo la statistica non poteva rispecchiare lo stato vero delle cose, perchè eseguita in principio limitatamente ai comuni capoluoghi di provincia; perchè si basava unicamente sulle spontanee dichiarazioni fatte dai Sanitari, perchè la nosologia della P. P. non era ancora ben nota e definita nella classificazione.

Dal 1903 al 1911 le varie grafiche-statistiche segnano, in rapporto al periodo precedente, un rapido e progressivo aumento nella frequenza della mortalità per P. P., aumento che culmina, secondo le varie curve, nel periodo di tempo compreso tra il 1906 e il 1911.

Ora noi qui vogliamo rilevare il fatto, d'una certa importanza, che questo rapido aumento, segnalato dal Kolb per le tre sole provincie siciliane Palermo, Messina, Siracusa, si rileva non per queste sole provincie, ma per tutta la Sicilia ed anche per tutto il Regno, e ciò appunto per gli effetti della denuncia delle cause di morte resa obbligatoria, giacchè questo fatto importa necessariamente un maggior numero di dichiarazioni per tutte le malattie in genere e per la P. P. in ispecie; perchè dal 1899 la P. P. e la demenza paralitica vengono raggruppate in una sola rubrica, riunendo pertanto in sè tutti quei casi che prima erano ripartiti ad altre due o tre voci; perchè col progredire dei tempi e degli studi la conoscenza della nosologia della P. P. si è maggiormente diffusa tra i sanitari preposti alla sanità pubblica anche dei più piccoli e remoti comuni, e pertanto

la diagnosi di questa affezione si è resa sempre più facile, più frequente e più uniforme; perchè infine la statistica delle cause di morte, per quanto teoricamente venisse estesa, fin dal 1887, a tutti i comuni del Regno, in pratica, tale disposizione si sarà potuta effettuare, per alcune regioni, solamente molto più tardi e sempre gradatamente.

Per tutte queste considerazioni possiamo dire che questo fenomeno dell'aumento generale e simultaneo non può senz'altro attribuirsi ad un aumento reale della malattia e che invece esso è del tutto apparente.

Ma ammesso anche che si tratti di un fenomeno reale, noi non possiamo perciò trarne alcun giudizio, nel senso della teoria del Vilmanns, perchè le statistiche della sola mortalità ci rivelano ben poco, quando le stesse non possono venire messe a confronto con i dati statistici (che non esistono), relativi alla diffusione della sifilide per un adeguato periodo di tempo anteriore a quello in cui si osserva l'aumento.

A tal proposito infatti noi possiamo pensare che tale aumento potrebbe venire spiegato, ammettendo appunto una maggiore frequenza della lue, verificatasi per esempio un ventennio prima, per svariate cause, quali potrebbero essere ad esempio, per citarne qualcuna, la legge Crispi del 1889 sulla prostituzione in Italia, in seguito alla quale furono chiusi i sifilicomi governativi; il maggiore sviluppo del fenomeno emigratorio ed immigratorio; i rapidi e progressivi miglioramenti dei mezzi di comunicazione tra i vari comuni e tra questi e le città, ecc.

Continuando nell'esame delle nostre grafiche rileviamo che a cominciare dal 1912 e sino a tutto il 1923 colpisce subito il fenomeno opposto a quello, più sopra rilevato, dell'aumento: si osserva infatti in questo periodo di tempo, in rapporto al precedente, una altrettanto rapida e progressiva diminuzione della frequenza nella mortalità per P. P. Questo fenomeno è ancora questa volta generale: infatti si osserva per il Regno una caduta della curva da un *maximum* di 145 morti per P. P. su un milione di abitanti nel 1911 ad un *minimum* di 60 nel 1923; per la Sicilia la diminuzione da 215 nel 1909 a 100 nel 1923, per la Città di Palermo la discesa da 310 nel 1906 a 60 nel 1923, per la provincia di Palermo la diminuzione da 390 nel 1909 a 160 nel 1923, e così pure per le altre provincie siciliane, come agevolmente si rileva dalle rispettive statistiche, le quali segnano tutte una diminuzione gradatamente progressiva, con lievi oscillazioni in aumento.

Questo fenomeno, per noi importantissimo, che non è stato rilevato da Kolb, poichè il suo studio statistico si arresta, come abbiamo detto, appunto al periodo di tempo in cui il fenomeno comincia a delinearsi, noi lo possiamo spiegare pensando che essendosi resa, col volgere degli anni, maggiormente diffusa e meglio conosciuta la nosologia delle P. P., la diagnosi di questa entità morbosa si è fatta sempre più uniforme e più rispondente al vero da tutti i sanitari.

Ed essendosi resa pure più stabile e più severa nel frattempo la tecnica e l'indagine statistica, noi dobbiamo considerare questo fatto, non già come un fenomeno di diminuzione, ma come *l'espressione vera e reale dell'andamento della frequenza nella mortalità per P. P. in Sicilia e nel Regno.*

Il fenomeno della maggiore frequenza nella mortalità per P. P., rilevata dal Kolb per le tre città siciliane: Palermo, Messina e Siracusa, in rapporto a certe altre città del continente (Roma, Torino, Firenze), verificatosi tra il 1903 ed il 1911 noi lo possiamo spiegare, oltre che con i fattori sopra menzionati, ancora con la circostanza, la quale non vale per le altre provincie, che la statistica della mortalità per demenza paralitica delle provincie siciliane data, non già dal 1887, come per le altre regioni del Regno, ma solamente dal 1899, essendo limitata ai soli comuni capoluoghi di provincia e di circondario quella degli anni precedenti, come appunto è stato rilevato dal Dotto (lavoro citato).

Resta infine ad interpretare il fenomeno della maggiore frequenza nella mortalità per P. P., che si verifica nella provincia di Palermo in confronto alle altre provincie dell'Isola. A spiegazione di questo fatto noi possiamo invocare la circostanza, molto importante, che nella statistica dalla provincia di Palermo figurano pure i decessi per P. P. che si verificano presso la Villa di Salute Stagno, la quale ricovera gli alienati della provincia di Catania, e quelli che avvengono nel Manicomio Provinciale di Palermo, il quale accoglie il numero non trascurabile di pazzi ivi mandati da quasi tutte le altre provincie siciliane, se si esclude quella di Messina, che manda i propri alienati presso la Casa di Salute Mandalari. Risulta infatti che su quattromila decessi per P. P. verificatisi dal 1900 al 1923 nella provincia di Palermo, ben 538 si sono avuti nel solo Manicomio Provinciale, senza tener conto di quelli verificatisi presso la Villa di Salute Stagno.

*
* *

Per riassumere possiamo dire che il nostro studio statistico sulla frequenza della mortalità per P. P. verificatasi sia nel Regno, sia in Sicilia e nelle provincie siciliane, per tutte le considerazioni sopra esposte, non ci permette di parlare di un *vero aumento* e non ci consente quindi di trar-

re alcuna conclusione, nel senso dell'ipotesi del Wilmanns, ma ci induce a pensare solamente che molte deduzioni, ricavate dagli stessi dati statistici, hanno bisogno di essere meglio vagliate ed interpretate con maggiore senso critico.

Per quanto riguarda in particolar modo l'aumento della frequenza nella mortalità per demensa paralitica, messa in rilievo dal Kolb, nei riguardi delle provincie siciliane, noi attribuiamo senz'altro tale fenomeno, per le stesse ragioni anzidette, *non già ad un fatto reale, ma unicamente ad una vera e propria manchevolezza della statistica stessa*, nel senso che questa, per varie difficoltà, inerenti a diverse cause che non sto qui a ripetere, solo dopo molti anni dal suo nascere e solo gradatamente, ha potuto tendere più severa ed analitica la indagine sulle cause di morte in genere e per la P. P. in particolar modo.

Se vogliamo purnondimeno prendere in considerazione la teoria del Wilmanns, che l'esistenza e l'aumento della P. P. sia dovuta ad una sifilide trasformatasi gradatamente in neurotropa a causa del trattamento specifico, noi possiamo dire, attenendoci sempre ai fatti emersi dal nostro studio satistico, che se così realmente stessero le cose, poichè il trattamento medico della lue, qui in Sicilia, si è sempre più, col rapidissimo incalzare della civiltà e della scienza, diffuso anche ai più piccoli e remoti centri dell'isola, ove fino a molti anni fa, si può dire, che la sifilide decorreva in maniera quasi stazionaria, noi dovremmo ora assistere al conseguente fenomeno, tristamente importante e gravissimo nello stesso tempo, di un aumento ininterrottamente e spaventosamente progressivo nella frequenza della P. P., il che non risulta affatto dal nostro studio precedente. In modo particolare poi ho voluto seguire a tal riguardo il comportamento della statistica sulla frequenza della mortalità per paralisi progressiva della sola città Palermo, in rapporto a quello della sola provincia (escludendovi la città), partendo dal presupposto che per il passato il trattamento specifico della sifilide sia stato assolutamente migliore in città che negli ambienti rurali per cui sarebbe da aspettarsi, secondo l'opinione del Wilmanns, una maggiore frequenza nella P. P. in città anzichè in provincia, ed invece dal nostro confronto abbiamo potuto rilevare che si è verificato il fenomeno tutto opposto. Infatti da tale esame comparativo si possono mettere in rilievo i seguenti fatti più salienti:

1) il maggiore contributo di mortalità per demenza paralitica sta a carico della sola provincia; poichè, mentre per la città si ha un *maximum* di 300 morti per paralisi progressiva su un milione di abitanti per gli anni 1906-8, nella sola provincia la mortalità per la stessa malattia è rappresentata da una media di quasi 560 decessi annuali per gli anni 1909-11 su un milione di abitanti, non tenendo conto che nella mortalità della città di Palermo vi sono inclusi i decessi verificatisi nel Manicomio Provinciale e nella Villa Stagno i quali, come abbiamo già osservato ricoverano gli alienati di quasi tutta la Sicilia:

2) mentre la curva di frequenza per P. P. della città di Palermo, dopo avere raggiunto il suo massimo, subisce quindi una caduta graduale e quasi uniforme fino a raggiungere un *minimum* nel 1923, rappresentato da appena un quinto del massimo, la grafica, che si riferisce alla sola provincia, segna un decorso in diminuzione molto irregolare e discontinuo, ed il *minimum* di mortalità, raggiunto negli ultimi anni, rappresenta appena un terzo del suo massimo.

Agosto, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
VII PADIGLIONE DI MEDICINA
Primario: prof. UBERTO ARCANGELI.

Perniciosa malarica a forma meningitica

per il dott. ENRICO GARRONE, assistente.

Molti autori hanno descritto nella malaria sindromi meningitiche. Schiassi (1) cita Pende, Vitello, Porot, Lortat-Jacob e Cain, Zuccarelli, Rubino, Chavigny, Dumolard Aubry e Trollard, Paisseau e Hutinel, Grenet, Monier-Vinard, Paisseau e Lemaire, De Massary e Tockmann, Genoese, Commes; Laveran descrive delle vere lesioni anatomopatologiche di meningite acuta, Porot parla anch'egli di una vera meningite, e descrisse nei 1910 un caso tipico, con segni netti e liquido cerebrospinale ricco di polinucleati. Pende raramente trovò linfocitosi, più raramente ancora polinucleati. Diversi autori parlano di reazione linfocitaria (V. Ascoli) e di iperalbuminosi del liquido cerebrospinale, nonchè di aumento di pressione di esso durante l'accesso palustre (V. Ascoli).

V. Ascoli, Pyszkowski, Pende, trovarono emazie nel liquido spinale e dànno a questo fatto il significato di emorragie meningee. Ma si potrebbe obbiettare che si sa quanto sia facile contaminare col sangue il liquido cerebrospinale nel momento che l'ago penetra nello spazio subaracnoideo.

A prescindere dal fatto che alcuni reperti anatomici (Durck) dànno a vedere lesioni simili a

(1) F. SCHIASSI. *La malaria e le sue forme atipiche*. Bologna, 1923.

quelle della leptomeningite purulenta, si sa che, specie nei giovani, si può manifestare una sindrome identica a quella che si ha nella meningite (rigidità, Kernig). Le alterazioni più comuni del liquido cerebrospinale sono rappresentate da aumento di pressione, linfocitosi, iperalbuminosi, ora associate, ora dissociate (o solo ipertensione o solo reazione linfocitaria, o solo iperalbuminosi). Già parlammo di chi ha trovato reazioni citologiche consistenti in polinucleosi (Porot).

Cardarelli ha visto che tanto la terzana estivo-autunnale quanto la primaverile possono dar luogo a stati meningei.

Marchiafava parla di sintomi quali il vomito, polso raro, delirio, rigidità nucale dolorosa, e poi sopore, convulsioni, paralisi vescicale, notevole iperestesia superficiale e profonda. In seguito il polso si fa frequente e aritmico e può esservi coma profondo. Talora il quadro ricorda per la sua rapidità la meningite cerebrospinale epidemica a decorso fulminante.

In un caso, l'A. osservò anche movimenti atetosiformi degli arti superiori.

Nei casi a decorso favorevole, ogni sintomo scompare con la febbre. La sindrome si verifica di preferenza in malati che già subirono qualche attacco di malaria estivo-autunnale, curato per lo più insufficientemente.

Rarissima l'evenienza che insorga durante le recidive invernali. Ancor più raramente si verifica nelle forme primitive d'inverno.

È invece più frequente nelle infezioni recenti che nelle inveterate. È raro che insorga di primo acchito; talora insorge dopo uno o due accessi.

La febbre che l'accompagna, quasi sempre elevata, può essere del tipo intermittente o subcontinuo. Il quadro meningitiforme insorge all'inizio dell'attacco febbrile o nel decorso (p. es. nella elevazione precritica). In genere, scompare dopo la crisi, per ritornare con la febbre. All'esame del sangue si trovano molti parassiti, tutti o quasi tutti nella stessa fase di vita nelle forme a febbre intermittente, in tutte le fasi nelle forme a febbre subcontinua. In circolo però i parassiti non sono molti, ma abbondano maggiormente negli organi interni. Talora si possono trovare anche in grande quantità nel sangue circolante, ma questa è un'eccezione.

Per lo più i parassiti sono forniti di blocchetto di pigmento.

Wiener parla addirittura di una meningoencefalite malarica in cui agli altri sintomi della meningite si unisce il Babinsky.

A parte quest'ultimo caso, negli altri è lecito parlare di *meningite malarica?*

Tutti i fenomeni osservati possono benissimo stare in rapporto con l'iperemia delle meningi (Laveran, Marchiafava) o con lo stato tossico generale che si ripercuote sui centri nervosi. Anche nei polmonitici, nei tifosi, negli uremici, si osserva talora una certa rigidità nucale che induce a fare la puntura lombare: il liquido esce di solito con aumentata pressione, ma non rivela reazione citologica nè chimica (iperalbuminosi). Così nel caso descritto da P. Rusca, così in un caso capitato alla mia osservazione e che mi accingo a descrivere di sindrome meningitica in perniciosa malarica.

Z. M., di anni 32. Maritata. Donna di casa. Gentilizio indenne. Anamnesi remota negativa. Il 24 giugno 1925, trovandosi a Tor di Quinto, dove abita, fu presa da brivido abbastanza intenso, seguito da forte elevazione termica. Tale elevazione si mantenne per alcune ore, per poi rimettere, mentre compariva sudore profuso.

La febbre, mantenutasi per alcuni giorni intermittente, si fece in seguito subcontinua; contemporaneamente la p. accusava intensa cefalea nucale, dolori lungo il rachide, vomito, diarrea, difficoltà ai movimenti del capo. Entra in Ospedale il 2 luglio 1925.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali gravi. Sensorio alquanto ottuso. Colorito rosso-acceso della cute del volto. Pannicolo adiposo abbondante. Lingua fortemente arida e patinosa. Polso di media intensità; frequenza 75 al minuto. Temperatura altamente febbrile (40,4).

Nulla al collo e al faringe.

Torace. — Si ascoltano in tutto l'ambito ronchi, sibili e qualche rantolo isolato.

Cuore. — Nei limiti. Toni leggermente oscuri su tutti i focolai.

Addome. — Leggermente tumido e dolente alla pressione. Si palpa la milza, tumefatta, dura, dolente, tre dita sotto l'arcata costale. Anche il fegato deborda un dito dai limiti normali.

Sistema nervoso. — Oculomozione normale. Nulla a carico dei nervi cranici. Motilità degli arti e del tronco normale. Rigidità della nuca. Presente il segno di Kernig. I riflessi rotulei sono esagerati. Non Babinsky. Deambulazione: non esaminata. Notevole iperestesia, specialmente profonda.

Si pratica un esame a fresco del sangue periferico e si rivela presenza di parassiti della terzana estivo-autunnale (forme ad anello) in numero non grande, pigmentati per la più gran parte. Lo striscio colorato (May Grünwald-Giemsa) conferma questo reperto.

Si inizia la terapia chininica per os.

La febbre e i sintomi meningei non cedono, (v. anche annessa grafica) anzi si aggravano. Il giorno 6 si pratica la puntura lombare con esito di liquido limpido, che fuoriesce a forte zampillo, mantenentesi a lungo.

Negative le reazioni di Pandy e di Nonne sul liquor estratto. Il reperto citologico è normale.

Dopo la puntura lombare lo stato generale migliora, i sintomi meningei tendono a regredire. Si prosegue la terapia chininica, per la via intravenosa, poscia si riprende per la via della bocca.

Il giorno 10 la p. è apiretica; l'apiressia si mantiene fino alla sua uscita dall'Ospedale.

Di pari passo è proceduto il miglioramento dei sintomi meningei, i quali si sono andati attenuando sino a scomparire del tutto. Altri esami di sangue, ripetuti a vari intervalli, dimostrarono sempre scarso reperto parassitario.

Gli ultimi furono negativi.

Nel caso che abbiamo illustrato, oltre a varie conferme alle osservazioni di molti autori già citati, troviamo la dimostrazione che si trattava qui di una malaria perniciosa, in cui il sintoma dovuta ad altra causa all'infuori dell'infezione malarica, e ciò sia per il decorso, sia per il reperto del liquor, sia per l'influenza della terapia chininica.

Secondo Wiener, il liquor dei malarici contiene macrofagi, il che avrebbe importanza diagnostica. Nel nostro caso non si trovarono.

Sovente queste cellule non sono altro che grosse cellule aracnoidali (Schiassi) le quali costituiscono un reperto banale dovuto ad una desquamazione dell'aracnoide. Non si sa se Wiener abbia riscontrato spesso le prove della loro fun-

Infermo Zanuotti Maria Reparto 7° Pad. D. N. del letto 29 N. della scheda 6362
Diagnosi Perniciosa malarica a forma meningitica

Giorno del mese	2 luglio	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Giorno della malattia	ottavo	nono	decimo	undecimo	dodicesimo	tredicesimo	quattordicesimo	quindicesimo	sedicesimo	diciassettesimo
Osservazioni	Chinina per os	Chinina per iniezione intramuscolare	Chinina per os	Cinconina	Chinina intravenosa	id.	id.	id.	Chinina per os	id.

« morbo ipso quem comitatur deterius » era dato dal quadro meningeo.

Erano presenti il vomito, la cefalea e la rigidità nucale, il polso raro, la iperestesia, l'esagerazione dei riflessi rotulei, il segno di Kernig. Mancavano il delirio, le convulsioni, la paralisi vescicale. Eravi invece diarrea. L'insorgenza e il decorso furono rapidi.

La pressione del liquido cefalorachidiano appariva fortemente aumentata; mancavano segni di emorragie meningee e la reazione citologica del liquor.

L'esame del sangue periferico rivelava sin dal principio l'esistenza di scarse forme parassitarie, pigmentate.

Escludiamo che la sindrome meningitica fosse zione fagocitaria; Pende una volta sola trovò un leucocita pigmentifero.

CONCLUSIONI.

1) È di sommo interesse pratico la nozione dei quadri atipici delle perniciose malariche, tale da giustificare questo breve scritto.

2) Crediamo che non si possa parlare nella perniciosa meningitica di una vera meningite, ma di uno *stato meningitiforme*, il che è provato dall'andamento clinico e dai reperti microscopici del liquor nel caso esaminato.

3) Si dovrà ricorrere in questi casi alla terapia chininica attivissima, quindi preferibilmente per via intravenosa, a dosi di grammi 1.50-2 al giorno.

COMMENTI.

Ancora sull'ergomanometro.

Prendo atto delle dichiarazioni del prof. Carpi, perfettamente convinto che Egli non abbia menomamente voluto comunque diminuire il valore scientifico del mio apparecchio. Tengo a dichiarare che questo breve scambio di discussioni non ha voluto essere una polemica attorno all'essenza ed al valore intrinseco di questo o di quel dispositivo meccanico, bensì una affermazione di principio da parte mia, onde evitare possibili confusioni, nel senso di chiarire cioè che il mio ergomanometro, non vuol rappresentare un eccezionale ritrovato meccanico (a questo non ci tengo) ma invece un mezzo che prova praticamente l'esattezza di alcune nozioni di fisiologia e di fisiopatologia polmonare che vennero da me considerate sotto una luce un po' diversa da quella ritenuta classica, nozioni, del resto (particolarmente quelle che riguardano la elasticità polmonare) che oggi sono oggetto di revisione da parte sopratutto della scuola francese.

Sono d'accordo col prof. Carpi nel pensare che il pneumotorace sia uno squisito problema clinico e che, per lo scopo terapeutico, sia necessaria una scrupolosa ed attenta valutazione di una folla di elementi complessi e variabili, parte dei quali, ci sfugge ancora; l'opera mia è stata rivolta appunto alla identificazione di una parte almeno di questi fattori, *quelli* che *costituiscono una delle cause principali*, se *non la principale*, delle *complicazioni* pleuriche nel *pneumotorace*.

Nel Sanatorio Cesare Battisti in Roma diretto dal prof. Mendes, dove l'ergomanometro è in uso da quasi un anno, magnificamente manovrato da Lui e dai suoi assistenti, i versamenti nel pneumotorace sono sconosciuti. Questo sarebbe già un buon risultato per dimostrare come io non abbia inutilmente trattato il problema del pneumotorace anche, ma non esclusivamente, dal lato fisico. L'apparecchio non è ancora entrato nella pratica comune per la sola ragione che di esso vi sono, pel momento, pochissimi esemplari disponibili.

La discussione è fonte di chiarezza ed io spero ardentemente, nell'interesse della conoscenza del problema (ed anche in quello dei pazienti pei quali, in virtù dell'ergomanometro, il pneumotorace cessa di essere nella pratica un pericolo permanente) che, in separata sede, ad es. in seno alla Società Scientifica per gli studi della tubercolosi, della quale il prof. Carpi è uno dei più illustri membri, essa venga presto ed ampiamente agitata.

Parodi.

***

Poco ho da aggiungere a quanto già dissi precedentemente al dott. Parodi. Gli ripeto il mio augurio che la diffusione del suo ergomanometro porti tutti i benefici dei quali egli si fa assertore.

Ma una riserva debbo pur fare sulla sua affermazione che il Pneumotorace abbia rappresentato finora nella pratica un pericolo permanente. La mia convinzione è che nessun istrumento e nessun artificio di tecnica possano garantire la innocuità o la correttezza assoluta della cura. E se inconvenienti e insuccessi si verificano non gli ascriveremo all'istrumento bensì all'operatore.

Ben vengano i perfezionamenti della tecnica; ma non dimentichiamo che i successi della cura e la sua innocuità non dipendono da sole manualità istrumentali, ma da quello squisito e intelligente senso clinico che deve presiedere alla sua applicazione.

U. Carpi.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI EMOPOIETICI.

Rapporti tra le lesioni del midollo osseo, fegato e milza.

(W. I. Mayo. *J. A. M. Assoc.*, nov. 1926).

Gli elementi cellulari del sangue, per mezzo del plasma, vengono trasportati in intimo contatto con tutte le parti del corpo. Tutti i vertebrati hanno sangue rosso ad eccezione dell'anfiosso che ha sangue bianco.

Secondo l'A. le emazie vengono formate nel midollo osseo, le piastrine nei megacariociti del midollo osseo e i leucociti nel sistema reticolo-endoteliale: questi ultimi hanno funzione riparatrice e di difesa. Il plasma, in gran parte, ha origine nel fegato. Nell'anemia perniciosa le emazie sono diminuite di numero e ipercromiche. Negli ultimi stadi della malattia sia le piastrine che i leucociti sono alterati nella forma e ridotti di numero.

La eccessiva distruzione di emazie si verifica maggiormente nei capillari del midollo (Peabody e Broun). Nella policitemia si ha presenza di emazie nucleate; le emazie raggiungono la cifra di 12-14 milioni per mmc., l'emoglobina spesso è 130 %. L'aumentata viscosità del sangue dà luogo a ipertrofia cardiaca e a ipertensione. La fenilidrazina è un potente mezzo terapeutico, diretto a distruggere le emazie.

Nell'ittero emolitico si ha un'aumentata eritropoiesi probabilmente diretta a compensare la ec-

cessiva emocateresi della milza. Ne consegue da ciò un'anemia secondaria. Nella porpora emorragica vi è distruzione delle piastrine, che possono essere ridotte a 50,000 per mmc. (normalmente 225 a 400,000 per mmc.).

Fino al 5° mese nell'embrione il fegato e la milza sono ematopoietici; la milza lo è poi per tutta la vita. Essa ha anche azione emocateretica. È anche temporaneo magazzino di emazie e, nei tempi opportuni (dopo la digestione), contraendosi le manda in circolo. La milza del cane può immagazzinare 1/20 delle totali emazie. Le cellule bianche del sangue hanno tutte funzioni di difesa; i grandi monociti sono specialmente fagociti; il linfocito contiene tutti gli elementi necessari alla vita. Carrel potè mantenere in vita colonie di fibroblasti per 12 anni, somministrando loro soltanto linfociti e asportando i prodotti di rifiuto.

Il fegato è il grande organo metabolico del corpo umano; senza fegato non si mantiene la giusta glicemia e non si forma urea. Esso può poco metabolizzare il grasso, avendo poco O^2; il grasso si metabolizza specialmente nel polmone, dove abbonda il necessario O^2. Il corpo umano può considerarsi un insieme di colloidi: molti fenomeni biochimici sono dovuti a scambi elettrici tra gli atomi. Secondo Moseley (analisi dell'atomo mercè i raggi X) tra l'atomo di H (idrogeno) e l'atomo di U (uranio) sono possibili 92 corpi, di cui se ne conoscono solo 88 (così detti corpi semplici). Secondo Evans i colori iniettati nel sangue si eliminano più rapidamente quanto più piccola è la loro molecola; ciò serve per l'esame della permeabilità renale (prova della fenolsulfonftaleina). Per l'esame della funzionalità epatica (eliminazione della bile) si fa uso della tetraclorofenolftaleina; la prova di Rosenthal costituisce la migliore prova finora conosciuta. Con metodi spettrofotometrici si è visto che i pigmenti risultanti dalla distruzione delle emazie sono prodotti in tutti i tessuti reticolo-endoteliali del corpo come pure nel fegato. I lavori di Graham e Coole hanno condotto alla scoperta della prova della tetrabromofenolftaleina e tetraiodofenolftaleina per rendere visibili la cistifellea ai raggi X.

Una delle più importanti funzioni del fegato è la disintossicazione e la distruzione di bacteri e protozoi. Il fegato sotto influenze tossiche o tossico-infettive può subire la degenerazione grassa perfino in 48 ore, oppure andare incontro ad epatite cronica (cirrosi), comune o biliare, secondo la via per cui arrivano i veleni o le infezioni.

La milza si può asportare senza gravi inconvenienti, perchè vi è molto reticolo-endotelio che la sostituisce; essa ha notevole funzione fagocitaria, che può esagerare sui globuli rossi, producendo anemia. Se la milza non distrugge i microrganismi in essa annidati, essi vi si insediano e diviene un ricettacolo di germi (malaria, sifilide). In parecchie malattie la milza entra come agente di eccessiva distruzione e non come agente etiologico diretto (cioè, ad es., non come produttore di tossine), onde spesso l'utilità di asportarla (porpora cronica emorragica, ittero emolitico). Nella leucemia mielogena talora, ridotti i leucociti a 30,000 circa coi raggi X, l'ablazione della milza a volte permette una lunga sopravvivenza lavorativa.

W. Haggard sostiene che nell'anemia perniciosa è inutile togliere la milza, perchè anche dopo l'asportazione il midollo osseo seguita a distruggere emazie. La splenectomia è utile nel I stadio del m. di Banti e talora anche nel II stadio (ascitico). Nella leucemia è inutile, nella porpora è utile.

J. Jachson dice che le operazioni vanno bene o male, più che per la tecnica, per le condizioni fisiologiche del soggetto; ad es. se il fegato funziona male, il rene si sovraccarica di prodotti tossici e l'infermo soccombe.

L'A. afferma che non si deve procedere alla splenectomia se il malato è in condizioni troppo scadenti; caso mai, prima dell'intervento, è opportuno fare una trasfusione sanguigna, e riporta, infine, la statistica di 424 casi di splenectomia.

N. MARZO.

Il linfoblastoma.

(G. R. MINOT e R. ISAACS, *Am. Journ. Med. Sc.*, n. 653, 1926)

Un gruppo di 477 pazienti di linfoblastoma (linfoma maligno) è stato studiato dal punto di vista specialmente della sintomatologia.

È risultato che nel 25 % dei casi tra i sintomi iniziali ve ne erano alcuni a tipo addominale. Tali sintomi addominali, in ogni caso, appaiono sempre o nel decorso o verso il termine della malattia, e spesso generano errori di diagnosi per la loro varietà.

Si possono così osservare casi con dolori epigastrici, sul tipo di quelli da ulcera o da colelitiasi, nausee, meteorismo, diarrea, stipsi, tenesmo, ecc., senza che la ricerca radiologica apporti lume sulla vera causa del disturbo. Alcuni poi si lamentano di dolori ai quadranti addominali, spesso anche qui simulanti un'affezione della vescicola biliare.

Frequenti sono i dolori al dorso, talora con irradiazioni verso l'addome. La ricerca radiologica

fa rilevare sempre, in tali casi, lesioni artritiche banali delle vertebre, mai però lesioni che possano far diagnosticare il linfoblastoma. Si tratta quindi piuttosto di dolori da compressione da parte del tumore a sviluppo endoaddominale.

L'ittero può apparire per compressione delle grandi vie biliari, o per infiltrazione neoplastica del fegato, così come la glicosuria è in rapporto all'invasione del pancreas.

Sono stati osservati con frequenza dolori agli arti inferiori ed edemi, dovuti a compressione delle masse neoplastiche addominali e della parte inferiore dell'addome sui vasi sanguigni e linfatici.

La presenza di iperplasie linfoidee alla prostata, o di masse vicine alle vie urinarie inferiori causa spesso disturbi in forma di nicturia e pollachiuria.

L'interessamento delle surrenali genera pigmentazione cutanea e mucosa a tipo Addisoniano, unita talora ad ipotensione.

I disturbi generali sono rappresentati da: astenia, anoressia, sudori notturni, raramente brividi e temperature febbrili irregolari. Le lesioni cutanee, che possono essere assai precoci, consistono sopratutto nel prurito, il quale può apparire precocemente.

Le gravidanze possono decorrere normalmente.

L'esame fisico fa rilevare, in un certo numero di casi, la presenza di nodi linfatici ingrossati, nelle varie regioni, specie nell'inguine.

Le adenopatie e le altre lesioni dovute al linfoblastoma possono esistere nell'addome più mesi senza dar segni apprezzabili della loro presenza. Ma dopo la comparsa di tali segni addominali la prognosi diviene più infausta.

Per quel che riguarda la terapia, le irradiazioni con raggi Roentgen possono mitigare notevolmente i vari sintomi, e prolungare alquanto la vita.

Assai raramente l'intervento chirurgico è coronato da successo.

M. FABERI.

Anemia aplastica grave, con porpora, dopo il novarsenobenzolo.

(WIDAL e BERTRAND-FONTAIN. *Bull. mém. Soc. des hôp. Paris*, 1926, n. 21).

Il malato studiato dagli autori, privo di qualsiasi tara dal punto di vista ematologico, dal 1919 aveva sopportato numerose serie di novarsenobenzolo senza presentare il minimo segno di intossicazione. Nell'ultima serie fu fatta una iniezione di 0,90, cifra questa mai raggiunta antecedentemente; essa fu seguita subito da un leggero choc nitritoide, benigno e fugace nelle sue manifestazioni. Dopo qualche giorno si manifestarono gli accidenti gravi che portano il malato all'ospedale, cioè una sindrome infettiva ove predominano l'angina, la cefalea, i dolori, le chiazze purpuree, la febbre, che mostravano la lesione novarsenobenzolica degli organi ematopoietici: pertanto al suo ingresso, questo malato pallido astenico, febbrile, portatore di una angina necrotica, di multiple ecchimosi, di epistassi di adenopatie, fece pensare ad una leucemia acuta. Nè la leucopenia constatata poteva far scartare la diagnosi, poichè la formula mostrava una predominanza quasi esclusiva dei mononucleari, vicini assai alla cellula primordiale propria della leucemia acuta. D'altra parte gli altri sintomi erano probativi: un'anemia del tipo aplastico intorno a 1.000.000: quando il miglioramento clinico fu evidente, comparvero nel sangue le prime emazie nucleate. Questa anemia non poteva in alcun modo esser attribuita ad un processo emolitico, in quanto la resistenza globulare era normale, non vi era urobilina nelle urine, ma ad una siderazione massima degli organi ematopoietici. La sindrome purpurea clinica ed ematologica passava al secondo piano: essa era associata ad una sindrome emofilica con emorragie al minimo trauma, con coagulazione del sangue a tipo plasmatico in 36 ore, perdurante ancora tre mesi dopo. Poteva questo stato di emofilia compararsi alla passeggera incoagulabilità del sangue provocabile in maniera costante con le iniezioni di arsenobenzoli. Abbenchè non vi fosse urobilinuria o subittero, la prova della alterata proteopessi, mostrava la lesione epatica.

Il polimorfismo degli accidenti da squilibrio sanguigno nel corso dell'intossicazione benzolica, le sindromi purpuriche, l'emofilia, l'anemia aplastica, sono conosciute: mai notata è stata la sindrome della leucemia acuta.

MONTELEONE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Trattamento medico e chirurgico delle bronchiectasie.

(C. RIVIÈRE e I. H. ROBERTS. *The Lancet*, 27 novembre 1926).

La bronchiectasia è una malattia eminentemente polimorfa sia dal punto di vista clinico che anatomo-patologico, così come lo è la tubercolosi polmonare. Ciò appare chiaro quando si pensa che la dilatazione bronchiale è la condizione ultima di svariati processi morbosi. La malattia può interessare pochi o molti bronchi, può essere unilaterale o bilaterale; il parenchima polmonare che circonda le cavità bronchiectasiche può es-

sere sano o sclerotico o sede di processi flogistici. Frequenti sono le emottisi e varie le complicazioni (infezione putrida, ascesso polmonare, ecc.). Le forme più lievi si osservano nella infanzia (specie nei primi 10 anni di vita) e si stabiliscono per lo più dopo un attacco di broncopolmonite. Le forme più gravi si riscontrano negli adulti: spesso hanno origine dall'età infantile, o insorgono nell'età adulta da cause a volta oscure. I migliori risultati terapeutici si ottengono nelle forme recenti; ma purtroppo i malati giungono al medico quando la malattia è in uno stadio già avanzato. Di grande importanza pratica è, perciò, la diagnosi precoce. Recentemente due metodi di indagine hanno apportato un notevole contributo nel campo diagnostico: la broncoscopia e l'introduzione di sostanze opache ai raggi X nell'albero bronchiale (lipiodol, bismuto). La broncoscopia ha, inoltre, una notevole importanza nella terapia. Essa permette la rimozione di corpi estranei nelle vie aeree, l'aspirazione di pus, la dilatazione di punti stenotici, nonchè la cauterizzazione di granulazioni. La broncoscopia è divenuta in America una specialità tutt'affatto distinta dalla laringologia.

Le radiografie che si ottengono, dopo l'iniezione endotracheale di lipiodol, attraverso la membrana crico-tiroidea, dimostrano chiaramente l'estensione e la natura delle lesioni dell'albero bronchiale.

Il trattamento medico delle bronchiectasie, eccetto che nei bambini, è puramente palliativo; tuttavia è bene, come regola generale, contentarsi dei buoni risultati che esso può dare in alcuni casi. L'inalazione di creosoto, il drenaggio in posizione genu-pettorale e la broncoscopia, possono dare dei risultati soddisfacenti, specie nei casi in cui le lesioni sono bilaterali. Ma quando le cure mediche falliscono (il che si verifica nella grande maggioranza dei casi) è d'uopo ricorrere al trattamento chirurgico, i cui successi dipendono in gran parte dalla buona scelta del metodo. È sempre utile far precedere al trattamento chirurgico, la cura medica, onde mettere il malato nelle migliori condizioni possibili.

Vari sono i metodi della terapia chirurgica.

1) *Drenaggio esterno.* Pochi sono i casi nei quali gioverà il drenaggio esterno. Esso è utile solo in quei casi nei quali vi è la presenza di una o pochissime cavità. Come esito ne risulta sempre una fistola permanente.

2) *Pneumotorace artificiale.* Dà ottimi risultati nei soggetti giovani e in quei casi in cui la bronchiectasia si stabilisce dopo una pneumonite, purchè, s'intende, non vi siano aderenze pleuriche. Ma nei casi avanzati, con molteplici aderenze pleuriche e notevole rigidità delle pareti dei bronchi o delle caverne, esso non corrisponde mai, per la difficoltà di ottenere un col lasso completo. In molti casi si ottengono buoni risultati facendo seguire al pneumotorace artificiale la toracoplastica.

3) *Frenicoexeresi.* Questa operazione in questi ultimi anni è stata praticata nella cura delle bronchiectasie basali ma con risultati scarsi o nulli. A volte è utile come intervento prelimi nare alla toracoplastica o ad altri interventi.

4) *Toracoplastica.* I migliori risultati si ottengono quando è affetto un solo lobo. La resezione paravertebrale, in genere, non è sufficiente; occorre completare l'operazione con la resezione anteriore (sternale) e perfino con l'asportazione completa delle costole dalla 4ª-5ª fino all'11ª. Questo intervento va fatto in 4-5 tempi. La toracoplastica è certamente un'operazione molto grave, ma in casi bene scelti dà risultati molto soddisfacenti. Uno degli AA. (Roberts) riporta 3 casi personali guariti in seguito all'intervento.

5) *Lobectomia.* Questa grave operazione è giu stificabile soltanto in quei casi, in cui una preliminare collassoterapia non è stata seguita da successo. Harrington e Edwards hanno praticato quest'operazione con qualche risultato favorevole I pericoli di quest'intervento sono l'embolismo gassoso e l'emorragia.

6) *Lobectomia* al termocauterio. Essa ha le stesse indicazioni ed offre gli stessi pericoli dell'operazione precedente.

N. MARZO.

Le complicazioni polmonari post-operatorie.

(L. TORRACA. *Annali Italiani di Chirurgia*, settembre 1926).

L'A. dopo aver ricordato l'importanza delle complicazioni polmonari post-operatorie riferisce, corredandole con confronti con molti altri autori, le sue osservazioni su 654 casi di operati nei quali ebbe a constatare l'1.83 % di complicazioni polmonari col 0.45 % di mortalità.

Posto in rilievo come queste complicazioni insorgano con maggior frequenza in ammalati che ebbero a subire interventi sull'addome, fa notare come siano più colpiti gli uomini delle donne e gli individui dai 2 ai 20 anni.

Per quello che riguarda la forma e l'importanza dell'anestesia nell'insorgenza di queste complicanze, egli conta 474 narcosi (250 eteree, 136 cloroformiche, 88 miste) e 179 anestesie locali con una proporzione di complicanze polmonari del 2.3 % per le prime e del 0.55 % per le seconde.

Confrontando però i suoi risultati con quelli di molti altri autori, risultati completamente contrari ai suoi, conclude che per la insorgenza delle

polmoniti l'anestesia ha una scarsa importanza mentre ne ha una molto grande il genere della operazione praticata.

Fra i meccanismi per i quali i narcotici favoriscono le complicazioni polmonari, ricorda l'azione irritante e tossica dell'etere, da molti autori ammessa e da altri pressochè negata, il raffreddamento dell'aria ispirata (Tait), l'aspirazione di materiale estraneo e settico nell'albero respiratorio.

Un altro modo di concepire il meccanismo etiopatogenetico delle complicazioni polmonari post-operatorie è, secondo l'A., sia l'intervento operatorio di per se stesso, sia gli altri momenti ad esso più o meno strettamente legati: indebolimento del miocardio per perdita di liquidi e specialmente del sangue, il raffreddamento del corpo, disturbi vaso-motori ed escretori e escretori polmonari per stimoli nervosi riflessi. A questo proposito accenna alla concezione costituzionalistica della tendenza ad ammalare di polmoniti post-operatorie (Schneider), che oggi tende a relegare in secondo piano le altre possibili cause della malattia.

Altro fattore al quale si dà grande importanza per la insorgenza delle complicazioni polmonari post-operatorie è l'embolia: gli emboli batterici, potendo giungere in circolo subito dopo l'intervento, vengono annoverati fra i fattori operatori, mentre gli emboli dovuti a trombosi, rientrano nei fattori del periodo post-operatorio.

L'A. riporta quindi una ipotesi del Kelling riguardo alla infezione polmonare per via linfatica; secondo questi, dal focolaio di operazione si avrebbe una infezione della cupola diaframmatica e quindi il passaggio dei microbi attraverso il diaframma, giunta l'infezione al di sotto della pleura si potrebbe avere od una infezione della cavità, oppure una diretta propagazione del processo al polmone.

Passando a trattare dei fattori post-operatori l'A. crede si debba tener conto: del dolore post-operatorio, che provocando una limitazione delle escursioni toraciche, diminuirebbe la ventilazione e di conseguenza la circolazione polmonare, inibendo pure la espettorazione; delle fasciature troppo strette, o comunque immobilizzanti, del meteorismo intestinale, del decubito supino e di tutte quelle cause insomma che rendono difficile la circolazione polmonare ed indeboliscono il miocardio.

Per quel che riguarda le forme ed il decorso delle complicazioni polmonari l'A. crede, contrariamente al parere di Kelling, che la forma più frequente sia la broncopolmonite, e non la polmonite; l'inizio è precoce, talora nella stessa giornata dell'intervento; le localizzazioni 60 % a destra, 20 % a sinistra, 20 % bilaterali.

La febbre in genere elevata 39°-40° e più, può aumentare gradatamente, ma più spesso sale in breve tempo, quasi sempre accompagnata da brividi intensi; caratteristica la cianosi alle volte assai intensa, accompagnata da accelerazione notevole del ritmo respiratorio.

La durata della malattia è da 3 a 7 giorni; la convalescenza di regola rapida e senza strascichi.

Dopo varie considerazioni su 10 casi di complicazioni post-operatorie dall'A. seguiti, egli passa a parlare della cura di queste affezioni.

L'A. crede si debba tener in grande considerazione piuttosto che la cura, la prevenzione di queste complicanze, con una scelta accurata degli infermi, con preparazione di essi (pulizia della bocca, lavande gastriche, esercizi respiratori, tonificazione del cuore), ed in caso che il sistema nervoso autonomo sia ipereccitabile terapia bromo-calcica.

Ricorda quindi come sia difficile farsi una opinione esatta della efficacia della terapia e della profilassi delle complicazioni post-operatorie per mezzo dei sieri e dei vaccini.

Durante l'operazione, raccomanda la tecnica dell'anestesia (nè molto profonda, nè molto prolungata) e la rapidità e la delicatezza delle manovre, e infine la protezione dal raffreddamento dell'infermo.

Dopo l'intervento è buona norma evitare il decubito supino troppo prolungato, far compiere una adeguata ginnastica respiratoria, far alzare gli infermi precocemente e facendo compiere a questi, per evitare le trombosi, movimenti ritmici e sistematici delle gambe.

Vengono raccomandati poi vari farmaci per sostenere le forze del cuore (digipuratum, digitan, ecc.), ed altrettanti per diminuire la gravità delle polmoniti (mentopin, afenil, optalcin, etere, pricaina, olio di olive, uramina, ecc.) oltre all'abituale trattamento con espettoranti, applicazioni calde, ecc.

L'A. ricorda anche come Graser ed altri usino l'autoemoterapia con notevole successo; egli contro le complicanze polmonari post-operatorie ha provato con grande soddisfazione la lobelina che raccomanda caldamente. FILIPPA.

Gli ascessi putridi o gangrenosi del polmone di origine naso-bucco-faringea.

(E. SERGENT e F. BORDET. *Le Journal médical français*, 1926, n. 8).

Da qualche tempo si è rimessa in luce l'importanza delle infezioni rino-faringee nell'eziologia delle affezioni dei bronchi e del parenchima polmonare, mentre per un certo periodo di tempo ci si sforzava di scoprire all'origine di tutte le bronco- e pneumopatie una fase setti-

cemica. L'idea antica e più semplice di un'infezione che « cade sul torace » ritorna ora a galla e prende anzi un posto importante.

Gli AA. riportano due osservazioni interessanti in proposito. In entrambi i casi si trattava di donne che avevano subito un piccolo intervento chirurgico sotto anestesia generale; nell'una l'ablazione dei turbinati, nell'altra l'estrazione del dente del giudizio. 10-20 giorni dopo, comparsa di dolore puntorio, febbre espettorazione frequente, dapprima inodora, poi fetida. Erano state poste diverse diagnosi; durante le alternative della malattia l'esame dell'espettorato dimostrò la presenza di spirilli. In entrambi i casi si potè diagnosticare un ascesso gangrenoso del polmone; uno di essi fu anche operato con un certo vantaggio.

Entrambi i casi appartengono ad una forma particolare di gangrena polmonare, tale che, senza la fetidità del fiato, non la si sarebbe fatta rientrare nel quadro delle pneumopatie gangrenose che, nelle loro forme classiche sono ben altrimenti gravi. Tali forme sono state già descritte sotto il nome di gangrene polmonari ad attacchi successivi. Esse, del resto, non erano ignote ai clinici di un tempo e la rarità dei casi è da attribuirsi al fatto che spesso erano ritenuti come ascessi del polmone o come bronchiectasie.

L'inizio è piuttosto variabile, ora brusco, che richiama una congestione bronco-polmonare o una bronco-polmonite o anche ad una semplice influenza, ora più insidioso, che dà l'idea di una forma tubercolare. Soltanto dopo qualche giorno, compare l'espettorazione abbondante, purulenta e secondariamente fetida che, accompagnata o non da emottisi, permette di fare la diagnosi esatta.

I segni polmonari sono assai variabili; per localizzare la lesione bisogna accontentarsi di una lieve diminuzione della sonorità e di qualche rantolo a bolle dopo la tosse. In qualche caso, si hanno invece i sintomi di un focolaio bronco-polmonare o di una caverna. Talvolta, poi, soltanto l'esplorazione radiologica permette di scoprire e di localizzare la lesione, mentre i segni stetoscopici sono imprecisi e ridotti a pochi rantoli di bronchite diffusa.

Ma nemmeno allo schermo ci si deve attendere di trovare delle lesioni tipiche. A lato di casi, in cui si distinguono nettamente i contorni di un'immagine cavitaria più o meno regolare, ve ne sono altri in cui il focolaio appare sotto forma di zona nubilosa, a margini irregolari ed indecisi, in mezzo alla quale non è possibile distinguere il minimo sospetto di chiarezza speloncare. Le figure, che non sono modificate dal lipiodol, hanno talvolta un aspetto capace di far sorgere nell'occhio esercitato l'idea della loro origine; la sede più abituale è il lobo inferiore destro. Non bisogna dimenticare che tali figure hanno anche l'aspetto che si trova talora nella tubercolosi cavitaria, ciò che toglie ogni valore patognomonico.

Una caratteristica clinica di una certa importanza è l'evoluzione lenta, con periodi di remissione e di risveglio, che possono durare diversi anni. La guarigione spontanea è possibile; la morte si può avere in séguito a cachessia progressiva o per una complicazione locale.

Le lesioni anatomiche che corrispondono a queste figure radiologiche sono abitualmente costituite da geodi più o meno larghe ed irregolari, generalmente circondate da una zona di polmonite cronica. Macroscopicamente, danno più l'impressione di un ascesso anzichè di una gangrena. Sembrano essere il risultato di un processo di alveolite ulcerosa che, senza il carattere fetido degli essudati, che d'altronde è secondario, non meriterebbe di essere chiamato gangrenoso.

La flora microbica è varia e ricca; fra le diverse forme, di cui la maggior parte gram-positive, sono da segnalarsi gli elementi anaerobici e le forme spirillari.

L'origine naso-bucco-faringea è dimostrata da tre ordini di prove.

Prove anatomiche. Soprattutto la predilezione per i lobi inferiore e medio del polmone destro, conseguenza dell'orientamento dell'albero tracheo-bronchiale. Di fatto, il bronco destro, molto più obliquo, costituisce in certo qual modo il prolungamento della trachea. Non reca meraviglia quindi il fatto che le infezioni respiratorie discendenti abbiano la predilezione per il polmone destro.

Prove batteriologiche. Fondate sulla frequenza con cui si sono ritrovati gli spirilli. L'esame diretto, dopo impregnazione argentica secondo Fontana-Tribondeau o colorazione con l'inchiostro di Löffler, sarà praticato sulle particelle di sputo emesso di recente, perchè i processi di lisi tendono a distruggere gli spirilli. La probabilità di trovarli è maggiore se si esaminano i piccoli grumi che si trovano spesso negli sputi di tali malati.

La presenza delle spirochete (tutte fra loro apparentate) nella bocca è un argomento per dimostrare l'origine bucco-faringea di queste forme polmonari. Del resto, la natura spirillare di un'affezione bronco-polmonare è già una forte presunzione in favore del suo punto di partenza bucco-faringea poichè, si tratti o non di una spirochete speciale, è più probabile che, prima di impiantare una colonia nel polmone, sia stata

ospite delle vie respiratorie superiori; i fatti di setticemia spirillare sono eccezionali.

Rimarrebbe da dimostrare che tali spirilli sono gli agenti infettivi primitivi e che gli altri germi hanno importanza secondaria. Si tengano presenti a tale scopo il reperto degli spirilli negli strati più esterni dell'ascesso e l'andamento particolare della malattia, a remissioni come tutte le spirochetosi, all'assenza frequentemente osservata di fetidità nei primi stadi. Quanto alla tenacità più grande che differenzia i processi ulcerosi del polmone dalle ulcerazioni spirillari bucco-faringee, è probabile che sia dovuta alle differenze di suscettibilità degli organi.

Prove etiologiche. Fondate specialmente sul fatto che la forma in discorso si presenta quasi sempre in individui con lesioni delle cavità boccali o naso-faringee. Con questo non si esclude che le infezioni discendenti possano provocare delle forme di gangrena polmonare ad evoluzione più acuta e più necrosante.

Nulla si oppone, di fatto, che delle embolie bronchiali possano veicolare altri germi che gli spirilli. Soltanto, gli AA. intendono con questo loro studio di completare la descrizione di questa forma ulcero-necrotica del polmone, che merita più il nome di ascesso putrido o gangrenoso del polmone anzichè quello di gangrena polmonare.

Nel campo del *trattamento*, si deve anzitutto rivolgere l'attenzione alla profilassi, nel senso di salvaguardare la integrità delle mucose boccale e naso-faringea, trattando con cura le piccole ulcerazioni che possono albergare degli spirilli e non trascurando la buona manutenzione della dentatura. Si procurerà inoltre di evitare le anestesie troppo prolungate e profonde nel corso di operazioni sulla cavità boccale e naso-faringea, non trascurando le lesioni infiammatorie delle relative mucose.

Scarsa ed incerta è la terapia propriamente detta. Anche gli arsenobenzoli non hanno dato risultati probativi. Forse sarebbe utile introdurli direttamente nel focolaio infetto, come si fa per l'angina di Vincent; ciò ha tentato M. Castex, non ottenendo che la scomparsa della fetidità, ma non la guarigione del focolaio.

Non più efficaci si sono dimostrati gli autovaccini e le iniezioni endotracheali di oli antisettici. Di riuscita problematica è l'intervento chirurgico, tanto più che di tutti quelli proposti (pneumotorace; toracoplastica extrapleurica, frenicectomia, apertura del focolaio) non ve n'è nessuno che sia esente da pericoli, ed anche la semplice frenicectomia può provocare disastri. Ad ogni modo, in qualche caso si è costretti ad intervenire, perchè la stessa malattia minaccia la vita del malato. Si agirà allora con estrema prudenza, tenendo presente che, in un caso degli AA. la toracoplastica limitata ha portato qualche vantaggio. Ad ogni modo, le piccole resezioni costali hanno almeno il vantaggio di essere senza pericolo; nel caso degli AA., il piccolo pneumotorace che si è prodotto potrebbe non essere stato estraneo al miglioramento verificatosi, sicchè nulla di assolutamente concreto si può inferire dalla loro esperienza.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

EMMO SCHLESINGER. *Roentgendiagnostik der Magen und Darmkrankheiten.* III edizione aumentata per cura di RACHWALSKY. 258 figure, pag. 488. Urban et Schwarzenberg, ed., 1927. Marchi 24.

Il libro dello Schlesinger, già noto ai radiologi, non ha bisogno di presentazione: tuttavia questa edizione, che vede la luce dopo la morte dell'A. avvenuta circa tre anni fa, è stata curata in special modo dal suo assistente Rachwalsky il quale, pur preoccupandosi come era naturale di non mutare la fisionomia al libro di Schlesinger, ha voluto portare delle aggiunte che aggiornassero il libro pur non allontanandosi dalle idee del Maestro. Quello specialmente che appare modificato rispetto alla seconda edizione che ha veduto luce nel 1922 è l'aggiunta di tavole riproducenti radiografie e di schemi: di nuovo esiste il primo capitolo inedito dello Schlesinger sull'esofago, e il terzo capitolo sulla cistifellea scritto dal Rachalwski. La fisionomia degli altri due capitoli sullo stomaco e sull'intestino appare anche per gran parte dalle illustrazioni. Nel capitolo dell'ulcera duodenale appaiono le ricerche più recenti dell'Akerlund e così ad esempio nelle ricerche radiologiche sullo stomaco operato le ricerche sono aggiornate al lume dei lavori pubblicati in questi ultimi tempi e di cui non si era tenuto conto nelle precedenti edizioni.

Il libro dello Schlesinger le cui ricerche sul tono gastrico ad esempio hanno costituito uno dei capisaldi delle ricerche radiologiche successive, se appare così mantenuto nella sua originalità di vedute e di esposizione, risulta aggiornato e completato e non potrà che avere diffusione nel campo radiològico ove il libro dello Schlesinger è notoriamente conosciuto. M. E.

GEORG HAUFFE. *Die Physikalische Therapie des praktischen Artzes*, con 14 figure, pag. 140, formato tascabile. Urban editore, 1926. Marchi 3.

Il libro di H. contiene in piccola mole una grande quantità di osservazioni e considerazioni circa l'impiego delle cure fisiche e in special

modo dei bagni caldi o freddi, locali o generali. Il primo capitolo riguarda le modificazioni che avvengono sotto l'azione dei bagni nella distribuzione del sangue nel corpo; il secondo capitolo studia le modificazioni della pressione. Speciali capitoli sono dedicati alle modificazioni della temperatura, del respiro, del polso, dell'elettrocardiogramma, della funzione cardiaca, ecc., dopo il bagno e alcune figure schematiche mostrano i tracciati del polso e gli elettrocardiogrammi specialmente di malati di cuore prima e dopo il bagno.

Secondo l'A. il metodo di cura dell'idroterapia che può dare molti vantaggi non è ancora sufficientemente stimato dal metodo pratico: lo scopo del libro è appunto quello di mostrare succintamente tutti i vantaggi che l'idroterapia può invece portare.

E. MILANI.

HULLIGER PIERRE. *Ce que tout tuberculeux devrait savoir*. Maloine, 1926.

Questo volumetto di 130 pagine compilato dal medico della Clinica di Mont-Riant (Svizzera) altro non è che l'esaltazione delle proprietà terapeutiche di un preparato che l'A. ha proposto ed usa nella cura della tubercolosi polmonare. Questo rimedio che attuerebbe, secondo l'A., una vera chemoterapia specifica della tubercolosi è un composto di sali di rame, di mercurio, di manganese, d'argento, di stagno e di arsenico, e l'A. vantandone gli effetti ed il meccanismo di azione si dichiara sfavorevole a tutte le altre cure (d'aria, di sole, con pneumotorace, ecc.) che non rispondono al concetto di una terapia specifica.

TR.

R. F. VACCAREZZA. *La difterite nell'adulto*. Buenos Ayres, 1926.

È uno studio accurato dei vari capitoli riguardanti l'etiologia, la patogenesi, la clinica e la terapia della difterite, con speciale riguardo alle peculiarità morbose assunte dall'infezione negli individui adulti.

La monografia è corredata da una notevole casistica personale e da vasta bibliografia.

M. F.

HANS LEO STIEBÖCK. *Praktikum der Hochfrequenztherapie (Diathermie)*. Springer, ed. Marchi 2,40, pagine 37.

In piccola mole l'A. raccoglie le cognizioni necessarie per la pratica delle correnti di alta frequenza e più precisamente della diatermia: in un breve capitolo descrive il meccanismo di funzione degli apparecchi, il modo come la corrente di alta frequenza si trasforma in calore e quali avvertenze vanno tenute nelle applicazioni sul malato.

In un ultimo breve capitolo l'A. parla delle indicazioni e controindicazioni della diatermia: sono relative controindicazioni i processi ancora freschi e le malattie acute; sono controindicazioni assolute i processi flemmonosi e le forme emorragiche genitali.

M. E.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Seduta del 23 novembre 1926.

Presidenza. prof. GUSTAVO MODENA, pres.

Il prof. MOTOLESE riferisce un caso interessante di *oftalmia simpatica* in cui il primo segno (fornito dall'esame microscopico del vitreo) venne riscontrato 20 giorni dopo la ferita dell'altro occhio, con perfetta *restitutio ad integrum* da un anno dell'occhio simpatizzato.

Il dott. BALIETTI espone le sue accurate ricerche sperimentali sulla *bradicinesia dei malati di encefalite cronica*, tendenti a dimostrare che la curva motrice dipende da un alterato rapporto tra le due componenti: clonica e tonica del lavoro muscolare, per una esagerata reattività della componente tonica.

Il dott. R. ROMANI presenta il raro caso di due fratelli affetti da *rene policistico bilaterale*. Dopo aver descritto la malattia dei due fratelli ed averla illustrata con molteplici esami della funzione renale e con due interessantissime pielografie bilaterali, egli mette in evidenza la rarità dell'affezione *famigliare*, di cui si trovano pochi esempi nella letteratura medica; indi discute le diverse teorie sulla etiologia del rene policistico.

Il dott. F. RUSSI in base ad esami di laboratorio in casi di uremia, espone importanti considerazioni sulla *legge di Widal* che stabilisce un rapporto fra la concentrazione ureica del sangue e la prognosi, ritenendola troppo unilaterale.

Prof. A. MONTANARI, *segretario*.

DA TENERE PRESENTE!

1° **Pagare sempre l'abbonamento al « Policlinico » senza obbligare l'Amministrazione a speciali solleciti « ad personam ».**

2° **L'importo d'abbonamento va inviato mediante assegno bancario circolare riscuotibile in Roma, o con vaglia postale.**

3° **Coloro che preferiscono sopportare una maggiore spesa, versarlo cioè contro tratta postale dell'Amministrazione, tengano presente che la tratta dovrà essere aumentata di lire cinque per le varie tasse ed altri diritti postali che la stessa comporta.**

I Vaglia vanno intestati al nome dell'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, N. 14 - Roma.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'azotemia.

C. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 7 agosto 1926) fa rilevare che per concludere che vi è azotemia, sono necessarie almeno due analisi a 15 giorni di distanza. La quantità normale di urea nel sangue varia da g. 0,25 a 0,45 per litro. Si può avere un aumento di essa per varie cause. Così nelle congestioni renali di origine cardiaca, in quelle passeggere dei neuroartritici, nel cancro dello stomaco, nelle malattie in cui si ha intensa disidratazione si può avere un aumento dell'urea sanguigna.

Nelle nefriti infettive, durante il periodo di oliguria, l'azotemia può raggiungere i valori di 3-5 grammi, per abbassarsi bruscamente l'indomani della crisi poliurica. Nelle nefriti tossiche, se l'anuria si accentua nel tempo stesso che aumenta l'azotemia, il pronostico si aggrava. Le ritenzioni d'urina provocano delle azotemie che cedono quando si mette la sonda a permanenza, oppure quando viene eliminata la causa della ritenzione (calcolo).

Se l'ostacolo alle vie di escrezione dell'urina è permanente l'azotemia permane. Tale causa di azotemia è rara in confronto di quella connessa con l'evoluzione delle nefriti croniche. In questi casi, se l'urea del sangue si mantiene su 1-2 grammi, la vita si prolunga per un anno circa; con 2-3 grammi, la morte si ha entro qualche mese; la cifra di 3 grammi indica il termine ultimo della cachessia. Queste cifre date da Widal sono troppo pessimiste ed in realtà vi sono molti malati che, con 1-2 grammi, possono vivere per molti anni.

I segni abituali dell'azotemia sono:

1) *Il torpore*. Talvolta è così spiccato che si può credere ad accidenti cerebrali primitivi; 2) *l'inappetenza* è frequente e precoce; talora si accompagna a vomiti. Si ha anche: stomatite ulcerosa, emorragie gengivali; 3) *il prurito* è tenace e determina spesso lesioni da grattamento; 4) *l'anemia* è marcata, le mucose si decolorano; occorre però stare attenti per un possibile errore diagnostico con l'anemia perniciosa (esame del sangue); 5) *la retinite* brightica è funzione dell'azotemia, è grave e colpisce particolarmente i giovani; 6) *la pericardite* è grave quando l'azotemia è elevata; in tal caso la morte sopravviene entro otto giorni. Esiste però anche una pericardite nei brightici, che si svolge senza azotemia concomitante; allora la prognosi è assai migliore; 7) sono inoltre da menzionarsi infezioni diverse, dolori muscolari, artralgie, nevralgie che migliorano con l'istituzione dell'adatto regime.

Nella terapia, si prescriverà anzitutto il regime idrico e l'applicazione di ventose scarificate. È necessario prolungare il regime idrico per 5-7 giorni (1 litro di acqua al giorno), con il riposo a letto. In seguito si darà il regime latto-vegetariano ipoclorurato. Un giorno la settimana, dieta idrica o idrolattea (1/2 litro di latte e 1/2 litro di acqua) o regime di frutta: alle 8, 12, 16, 20 una mela, od una pera, od un arancio, od alcune ciliege, e, dopo, un bicchiere d'acqua.

Questi malati sono assai sensibili al freddo e dovranno coprirsi con della flanella perchè il freddo congestiona i reni e, spesso, gli aggravamenti non sono che delle congestioni passeggere dei reni. *Il.*

Ricerche sull'azotemia in chirurgia.

In riguardo al valore prognostico dell'azotemia pre-operatoria, tenuto conto che:

a) esistono dei casi, ove l'azotemia essendo alta, il decorso post-operatorio è normalissimo;

b) esistono casi, ove, con azotemia pre-operatoria buona, i p. presentano dopo l'operazione dei fatti d'insufficienza renale grave;

si deve ritenere, secondo i dottori Crainicianu e Florian della Facoltà medica di Bucarest (*Presse Médicale*, 10 nov. 1926) che esso è del tutto relativo, se ci si basa solamente sull'azotemia per giudicare dello stato epato-renale. Per meglio conoscere le condizioni epato-renali è opportuno, oltre alla costante di Ambard, praticare la prova della fenolsulfonftaleina che dà risultati più attendibili.

Per quanto riguarda la patogenesi, della iperazotemia post-operatoria, l'anestesia, l'azotemia ureo-secretoria (espressione di un disturbo di secrezione d'urea al livello del rene in rapporto ad alterazioni del suo parenchima), l'azotemia oligurica non intervengono quasi affatto nella sua produzione: ha grande importanza solamente il riassorbimento delle tossine e dei prodotti istolitici dei tessuti traumatizzati e disintegrati; si tratta quindi di un'ureogenesi istolitica.

V. LOZZI.

CASISTICA.

La diagnosi del cancro dello stomaco.

A. F. Hurst (*Edinburgh Med. Journ.*, giugno 1926) mette in rilievo la necessità di praticare, in tutti i casi sospetti di malattie organiche addominali, come pure nei casi di alterazioni della sa-

lute generale, perdita di peso, anoressia ed anemia senza causa apparente, gli esami necessari (pasto di prova, radiografia, esame delle feci) per stabilire se esista un cancro dello stomaco. Particolare importanza va attribuita alle analisi frazionate del pasto di prova. Si deve inoltre determinare la quantità del succo gastrico residuo e se essa è maggiore di 50 cmc., si deve pensare a difficoltà nell'evacuazione gastrica; se poi, dopo 3-4 ore dal pasto, si hanno residui visibili di cibo, assenza di acido cloridrico libero ed il materiale estratto è di consistenza spessa, il sospetto di tumore acquista quasi la certezza.

L'acloridria nei 67 casi dell'A. è stata osservata nel 63 %; l'assenza di acido cloridrico libero non è quindi una prova sicura di carcinoma. Essa ha valore particolare nella diagnosi dall'ulcera gastrica; si osserva però anche nell'anemia addisoniana e nella sifilide dello stomaco. Nel 44 % dei casi dell'A. vi era sangue nel succo gastrico residuo e la sua costante presenza, associata con l'acloridria venne osservata soltanto nel cancro dello stomaco.

L'osservazione radiologica non ha, nel cancro, la stessa importanza che nell'ulcera. Si osservano però delle anormalità. È essenziale fare l'osservazione dei movimenti peristaltici in diverse posizioni e specialmente in quella di Trendelenburg; è però necessario che lo stomaco, sia del tutto vuoto prima di somministrare la pappa opaca.

La presenza di sangue occulto nelle feci è stata osservata (con il metodo della resina di guaiaco) nel 100 % dei casi; l'esame spettroscopico ha dato risultati positivi solo nel 91 % dei casi.

Durante il trattamento dell'ulcera, si può avere la trasformazione maligna ed è importante in tal caso di fare una diagnosi precoce. Il paziente si sente meglio, l'esame radiologico conferma il miglioramento, ma il sangue persiste nelle feci. In tal caso è indispensabile una pronta operazione.

Si deve sempre fare la reazione di Wassermann, poichè certi casi di sifilide gastrica non sono distinguibili dal cancro dello stomaco. La positività di tale reazione giustifica un trattamento di prova da continuarsi per non più di quattro settimane.

fil.

Contributo al quesito dell'ulcera peptica del digiuno.

Su 228 resezioni gastriche eseguite negli ultimi otto mesi, l'11 %, cioè 26 casi erano stati sottoposti precedentemente a un intervento sullo stomaco per ulcera gastro-duodenale (H. Haberer, *Archiv f. klin. Chir.*, vol. 40, pag. 394, 1926).

Dodici pazienti erano dei gastroenterostomizzati in cui l'ulcera non era guarita, negli altri casi intervenne per l'esistenza di un'ulcera peptica. Oltre l'anamnesi non esistono che raramente segni certi di ulcera peptica: solo due volte l'esame radiografico ne diede la certezza, quattro volte fu sospettata, negli altri otto casi non esisteva nessun sintomo radiologico. Molte volte non è possibile di osservarla durante l'intervento senza aprire l'ansa e poter così ispezionare direttamente la mucosa. Segni indiretti sicuri si hanno nel riscontrare un ingrossamento delle ghiandole e un ispessimento del mesentere dell'ansa. Dal punto di vista anatomico l'ulcera si trova sulla parete mesenteriale dell'ansa digiunale nel suo tratto efferente.

Clinicamente ha grande valore l'esame del succo gastrico. Non ha importanza la presenza dell'ac. cloridrico libero quanto il suo rapporto con l'acidità totale che nei suoi casi è stato sempre elevato. Solo in un caso ha riscontrato anacloridria.

Tranne che in un caso tutte le ulcere peptiche erano consecutive ad una gastroenterostomia. In uno solo il paz. aveva subito una estesa resezione sec. Billroth II. Dopo 6 mesi venne sottoposto dall'autore per l'esistenza di una U. P. alla resezione del tratto affetto con susseguente gastrodigiunostomia alla Roux. Dopo un anno persistendo i disturbi, resezione subtotale dello stomaco sec. Polya. Ora il paz. non ha più dolori. In questo caso non sarebbe stata l'anastomosi alla Roux quale causa della recidiva ma l'esistenza in alcuni individui di ghiandole gastriche del fondo nella mucosa duodenale.

Per prevenire l'U. P. consiglia di adottare sempre una resezione gastrica con consecutiva gastro-duodenostomia per non alterare troppo la fisiologia gastroduodenale. Nella cura della U. P. vale lo stesso concetto, cioè Billroth I o la sua modificazione. Se non è possibile di eseguirle per ristrettezza del lume duodenale si ricorra alla Billroth II.

VALDONI.

Ulcera perforata del tenue, di natura indeterminata, coesistente con un carcinoma appendicolare.

S. Papin (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 febbraio 1926, n. 4) riferisce il seguente caso:

Un uomo di 50 anni fu colto in pieno benessere, e senza alcun precedente morboso, da un vivo dolore in corrispondenza della fossa iliaca destra. Dopo 6 giorni fu ricoverato in ospedale con quadro di peritonite generalizzata. Laparotomizzato si constatò che la peritonite era causata da una perforazione intestinale, situata nel bordo libero dell'ansa del tenue, a 60 cm. circa

dalla valvola ileo-cecale. Non esisteva tumore; non restringimenti dell'intestino; il mesentere non presentava alcuna alterazione. Resezione intestinale del tratto perforato; drenaggio del Douglas. Morte nelle prime 24 ore.

All'autopsia oltre il reperto della peritonite nessuna alterazione delle placche di Peyer o della milza; il resto del tenue era sano. L'estremo distale dell'appendice era gonfiato, per la presenza di un tumore che l'esame istologico dimostrò di natura carcinomatosa.

L'esame istologico dell'ulcera intestinale perforata non dimostrò note di flogosi, nè presenza di elementi neoplastici. Tuttavia l'A. ha sospetto che possa esservi coincidenza tra neoplasma dell'appendice ed ulcera dell'ileo, nonostante la negatività dell'esame istologico di quest'ultima pel carcinoma.

JURA.

Febbre nell'ulcera gastrica e duodenale.

In molti casi di ulcera gastrica e duodenale, rileva J. Kroner (*Deutsche Med. Wochenschr.* n. 42. 1926), si osservano elevazioni termiche anche notevoli. In alcuni casi la febbre è in rapporto con emorragie gastriche: le emorragie notevoli determinano quasi costantemente elevazioni termiche, le emorragie più lievi e quelle occulte le determinano soltanto nelle persone termolabili. La febbre da emorragia gastrica è una continua con discesa litica. In altri casi di ulcera gastrica la febbre non è determinata da emorragie. In alcuni di questi casi si tratta di gastriti o perigastriti circoscritte febbrili, in altri casi di processi settico-infettivi innestatisi sull'ulcera, in casi più rari di febbre da stitichezza, febbre tossi-alimentare o febbre da ipereccitazione nervosa. In ogni caso in cui elevazioni termiche accompagnano l'ulcera gastrica, si deve anzitutto accertarsi che la febbre non sia determinata da processi extrastomacali: solo dopo avere esclusi questi, è lecito attribuire la febbre all'affezione gastrica.

POLLITZER.

Complicazione insolita dell'ulcera peptica dello stomaco - Setticopiemia da colibacillo.

Magiag e Olbryeht (Cracovia) (*Bulletin Académie Méd. de Paris*, n. 36, 1926) riferiscono di un caso, in cui v'era una storia di sofferenze gastriche di 19 anni, in un uomo di 50 a. che improvvisamente per una quindicina di giorni presentò una tipica sindrome di setticopiemia, con febbre a tipo intermittente, cefalea, e segni broncopolmonari. L'ematocultura dette colibacillo in cultura pura. Le altre ricerche furono negative. L'autopsia dimostrò ascessi multipli del cervello, del polmone, del fegato e milza; ed un'ulcera, penetrante nel fegato, della piccola curva gastrica, piena di pus, e con un vaso venoso trombizzato ed ulcerato. Dal pus degli ascessi si coltivò pure colibacillo. Nessun'altra lesione del tratto digerente, nè delle vie biliari, nè uro-genitali che denotassero una porta d'ingresso ai germi. Gli autori avrebbero avuto la certezza assoluta che la porta d'ingresso fosse stata l'ulcera gastrica, se fosse stata dimostrata un'anacloridria gastrica, che avrebbe spiegato lo sviluppo del colibacillo nello stomaco. Comunque, in assenza di altra porta d'ingresso, gli AA. credono alla probabilità che essa sia stata l'ulcera penetrante della piccola curva.

V. LOZZI.

TERAPIA.

Indicazioni e metodi per l'interruzione della gravidanza.

Nell'ultima riunione annuale della Brit. Med. Ass., sezione di ostetricia e ginecologia, T. Watts Eden (*Brit. Med. Journ.*, 7 ag. 1926) ha parlato sulle indicazioni dell'interruzione della gravidanza.

Le più numerose sono quelle d'indole medica. In primo luogo è da considerare la tubercolosi polmonare. Per tale malattia valgono gli ammaestramenti dati da Osler, cioè:

1) Una donna con tubercolosi polmonare, arrestata nella sua evoluzione o curata, corre grave rischio se resta incinta. Tale rischio diminuisce se non esiste in pari tempo una tara morbosa ereditaria, e se la costituzione è buona.

2) Se invece la malattia è in attività, con febbre, bacilli, ecc., la gravidanza accelera il processo e la malattia fa rapidi progressi dopo il parto.

3) Il rischio aumenta grandemente con le gravidanze ripetute, per cui si deve ritenere che « una donna tubercolosa può sopportare una prima gravidanza bene, una seconda con difficoltà, mai una terza ».

Per quanto riguarda poi i bambini generati da madri tubercolose, la percentuale di quelli che ammalano e muoiono nei primi anni di vita è grande.

Donde scaturisce l'indicazione d'interrompere la gravidanza in tutte le donne con forme di tubercolosi polmonare attiva.

La nefrite cronica costituisce un altro rischio notevole per la possibilità della comparsa improvvisa di fatti uremici, o di un attacco intercorrente di nefrite acuta, o di emorragie e necrosi del tessuto uterino, mentre d'altro canto il feto rischia di non giungere a termine.

Il tipo idremico della nefrite ha più importanza

dell'azotemico. Comunque, le gravidanze delle nefritiche, specie le prime, possono anche venir condotte a termine.

Si può quindi dire che: ad una donna affetta da nefrite cronica interstiziale (a tipo azotemico) può essere permesso di terminare la prima gravidanza; se però durante questa si manifesteranno segni di uremia, le consecutive dovranno essere interrotte.

Sarà poi praticato senz'altro l'aborto allorchè nei primi tempi della gravidanza apparirà albumina ed edemi di tipo renale.

In qualche raro caso l'indicazione dell'aborto sarà data dall'infezione urinaria da colibacillo.

Il diabete mellito, dopo la conquista terapeutica dell'insulina, può essere bene sopportato durante la gravidanza.

Le malattie del sistema nervoso richiedono invece talora la sua interruzione, e tra queste la corea gravidica grave e febbrile, e la pazzia puerperale recidivante e ribelle alle cure.

Un capitolo importante è rappresentato dalle malattie cardiache (F. W. Price, *ibid.*). Si comprende infatti facilmente come la gravidanza importi un lavoro eccessivo al cuore, anche allorquando questo è sano; e ciò è determinato da vari fattori, quali l'aumento della pressione endoaddominale, l'innalzamento del diaframma, lo spostamento del cuore, ecc. Diguisachè una modica dispnea da sforzo, dell'edema agli arti inferiori, ectasie venose, albuminuria lieve, sono altrettanti fatti quasi sempre osservabili nei periodi avanzati della gravidanza. Allorquando il cuore è affetto da vizi valvolari cronici o da lesioni miocardiche, tali fatti divengono sempre più imponenti e ne sopravvengono degli altri di maggior valore, quali la cianosi, l'idrope viscerale, gli accessi d'asma, ecc.

Di tutti i vizi il più pericoloso è la stenosi mitralica, per l'impedimento esercitato sulla circolazione polmonare, per cui si accentua la dilatazione del cuore, che già limitatamente è normale nello stato gravidico.

Prima di ricorrere all'interruzione della gravidanza nelle cardiopatiche bisognerà prendere in considerazione: il grado dell'insufficienza cardiaca, l'epoca della gravidanza in cui questa è apparsa, la causa immediata dell'attacco, e, sopratutto, la risposta al trattamento. Questo dovrà senz'altro essere provato in ogni caso, se non altro per mettere la paziente in condizioni da sostenere meglio l'aborto o il parto anticipato.

Dal punto di vista ostetrico le indicazioni sono rappresentate sopratutto dalle quattro seguenti evenienze: vomiti incoercibili, con segni di grave tossiemia (albuminuria, ipertensione, febbre, deperimento); presenza di mola vescicolare; ritenzione uterina dell'uovo morto; emorragie gravi e ripetute, non dominabili con le comuni cure.

Per quanto riguarda i metodi d'interrompere la gravidanza (J. D. Barris, *ibid.*), ve ne sono alcuni detti: « lenti » (rottura delle membrane; zaffamento della cervice e della vagina; dilatazione con laminarie o dilatatori metallici; introduzione di candelette; somministrazione di medicinali), ed altri « rapidi » (dilatazione cervicale e svuotamento; isterectomia vaginale; taglio cesareo).

L'applicazione di un metodo o dell'altro deve essere decisa a seconda dei casi, tenendo presente, per l'utilità della malata, di apportare il minor disturbo possibile. L'indicazione del metodo sarà inoltre data dalla maggiore o minore urgenza del caso, e dal periodo di gravidanza in cui si trova la donna. Nei primi tre mesi infatti si applicherà con maggior successo la dilatazione e lo svuotamento rapido, col dito o con il cucchiaio, seguito, se necessita, da un tamponamento uterino.

Dopo il 3° mese, per lo sviluppo e l'impianto profondo dell'uovo, si useranno piuttosto i metodi lenti.

Nel caso di mola vescicolare, il taglio cesareo potrà dare dei risultati ottimi.

M. Faberi.

Il salasso nel trattamento delle riacutizzazioni catameniali di affezioni oculari.

Nel corso delle ricorrenze mensili si possono osservare esacerbazioni di malattie oculari in rapporto probabilmente con lo squilibrio ormonico esistente nell'organismo della donna durante il periodo mestruale.

Sono state segnalate riacutizzazioni della elefantiasi palpebrale, delle varie forme di congiuntivite, specialmente della congiuntivite scrofolosa, delle iriti, nevriti ecc.

Le irregolarità dei mestrui influenzano in modo rilevante l'organo della vista: nelle amenorroiche sono state riscontrate emorragie sottocongiuntivali e della camera anteriore dell'occhio da considerare come vicarie della mestruazione.

Nelle anomalie mestruali non sono rare le paralisi dell'oculomotore e le nevriti ottiche.

Generalmente il nesso tra queste affezioni ed il periodo catameniale sfugge al medico, poichè la paziente non fissa la sua attenzione su questo fatto e non lo fa rilevare al curante, onde è necessario indagare accuratamente in casi simili.

Secondo Berger e Loewy il fenomeno è dovuto ad una stimolazione locale da parte delle sostanze tossiche circolanti di origine mestruale;

perciò Aschner consiglia di ricorrere al salasso disintossicante come terapia.

Albano (*Rassegna di Ostetricia e Ginecologia*, 1926) riferisce intorno ad una giovinetta di 15 anni che presentava riacutizzazione di tracoma, di cui soffriva all'età di 11 anni, nei giorni precedenti la mestruazione: essa fu curata e guarita mediante un salasso di cc. 40 di sangue, praticato una sola volta il giorno precedente l'inizio del flusso mestruale. VICENTINI.

Formulario.

Nella dismenorrea con fatti di auto-intossicazione (Siredey):

a) Solfato di sodio, g. 12-15;
Fosfato di sodio secco, g. 6;
Bromuro di sodio, g. 6;
Bicarbonato di sodio, g. 4;
Acqua, litro uno.

S. prendere tutte le mattine un bicchiere da vino della suindicata soluzione, intiepidita a bagno maria.

b) Estratto di belladonna, centig. 1;
Estratto tebaico, centig. 3;
Antipirina, g. 1;
Burro di cacao, g. 3.

Per un suppositorio; uno o due nelle 24 ore.

M.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sul micrometodo di Bang per la determinazione della glicemia. — Al dott. N. I., Bari, abb. n. 3468:

1) La diluizione della soluzione di iposolfito è ammissibile solo quando il basso valore del controllo sia dovuto alla imperfetta preparazione di essa; in qualunque altro caso altererebbe i risultati del metodo. Il basso valore del controllo, oltre che da impurezza dei prodotti chimici usati e da imperfetta preparazione della soluzione di iposolfito, può dipendere da imperfetta preparazione della soluzione jodo-rameica, da ebollizione troppo intensa o da incongrua pulizia della vetreria in uso. Per controllare il titolo delle varie soluzioni, è consigliabile di eseguire, una volta tanto, un controllo in bianco ed a freddo. Se tutte le soluzioni sono esatte, per la titolazione del controllo si consumeranno esattamente 2 cmc. di iposolfito.

2) Se per titolare 10 cmc. di jodio $\frac{n}{10}$ occorrono cmc. 10.15 di iposolfito approssimativamente $\frac{n}{10}$ la soluzione di iposolfito adoperata evidentemente contiene troppa acqua. Bisognerà dunque aggiungere dell'iposolfito.

3) Nell'esempio su riportato, il fattore di correzione si calcola mediante la proporzione seguente:

$$10:10{,}15 = 1:x$$

in cui x (fattore di correzione) = 0.985.

C. TOSCANO.

All'abb. n. 6034:

Troverà una estesa descrizione della tecnica delle estrazioni dei denti nel quarto volume del trattato di Stomatologia dei dottori GAILLARD e NOGUÉ, *Dentisterie Opératoire*, ed. Baillière et fils, Paris, 19 Rue Hautefeuille.

Consulti pure i recenti trattati italiani di Odontologia del prof. PALAZZI (Vallardi, 1926, L. 130) e del prof. DE VECCHIS (Messina, Viale S. Martino, 282. L. 150).

A. P.

VARIA.

La scoperta del "suono muscolare".

Il numero di febbraio di *Lettura* pubblica, in occasione del centenario di Laënnec, uno studio del prof. Mariano L. Patrizi, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Bologna, dal titolo *Tempi e suoni del cuore umano*. Fra l'altro, in esso si dimostra che il suono, tramandato dai muscoli in contrazione, il così detto « suono rotatorio » di Wollaston, prodotto anche dal cuore, fu rivelato, più precisamente che da Harvey, e prima ancora che da Swammerdam, dal nostro P. Francesco Maria Grimaldi (1618-1663), l'autore di *Physico-Mathesis de Lumine etc.*

L'importante argomento, il quale ha destato interesse fra gli storici della scienza e i cultori delle memorie patrie, sarà svolto prossimamente con maggiore estensione e con ulteriori documenti, sì grafici che cronologici.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

LUISADA E. *I pericoli della diatermia.* — Milano, E. Zerboni, 1925.

LUISADA ALDO. *Associazione della adrenalina con la trinitrina.* — Milano, F. Vallardi, 1924.

ID. *La combe de Pression arterielle dans un territoire vasculaire.* — Paris, Masson & C., 1924.

ID. *Influenza della gravità sulla pressione arteriosa locale dell'avambraccio.* — Roma, Amm. Policlinico, 1924.

L. FERRANNINI. *Introduzione al corso di Clinica medica nella R. Università di Cagliari.* Prolusione letta il 7 febbraio 1927. — Tip. N. Iovene & C., Napoli.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Le preferenze e le precedenze nei concorsi per la nomina dei medici condotti.

(Contin. e fine, v. num. prec.).

Nè vi è difficoltà ad ammettere che la precedenza assoluta a favore dei mutilati sia limitata, in ogni caso, agli ultimi posti di ruolo e che per gli impieghi dello Stato la preferenza e la precedenza relativa (a parità di merito) comprenda i posti di primo grado di ogni carriera, (decreto 1922) oltre quelli risultanti dalle dispense (decreto 1923) — e, invece, per gli impieghi degli enti locali comprenda tutti i posti per i quali si proceda a prima nomina, eccettuate, quindi le promozioni — esclusi cioè i posti di grado superiore, ai quali si acceda per progressione di carriera.

La limitazione (ultimi posti di ruolo) si comprende nel primo caso, trattandosi di precedenza assoluta, senza considerazione di maggiore o minore idoneità.

La designazione di primo grado di ogni carriera si comprende per le preferenze relative ai posti della organizzazione gerarchica dell'Amministrazione dello Stato.

E, invece, adeguata alle amministrazioni degli enti locali la designazione generica contenuta nel decreto 24 settembre 1923 n. 2073 « assunzioni ai posti presso ecc. », perchè corrisponde alla varietà delle forme della organizzazione locale e comprende tutti i posti di prima nomina.

Nè si può fare distinzione tra posti di maggiore o minore importanza e responsabilità, perchè la legge nemmeno implicitamente distingue e, mancando una norma obbiettiva, qualsiasi criterio sarebbe indeterminato e arbitrario. Per altro, la condizione della parità del merito garantisce sufficientemente le esigenze dell'Amministrazione pubblica.

LA PREFERENZA È EFFICACE PER L'ORDINE DELLA GRADUATORIA O LIMITA LA FACOLTÀ DI SCELTA?

Ma la precedenza o la preferenza è efficace soltanto per l'ordine delle eventuali graduatorie e non limita, perciò, la facoltà di scelta? Ecco la questione più grave.

a) Designazione letterale: « sono estese alle *assunzioni ai posti* presso le amministrazioni ecc. ecc., (art. 3 decreto 1923 n. 2073). L'art. 9 del decreto 1922 n. 1290, da quello richiamato, stabilisce: « ...nei concorsi di cui al precedente articolo... a parità di merito sono preferiti... ». L'art. 7 del D. 1923 n. 153, anch'esso richiamato, regola, nel secondo capov., le precedenze nella graduatoria (quando cioè si proceda a nomina in base a graduatoria) e, nell'ultimo comma, la preferenza nei concorsi.

In un solo caso la efficacia del titolo è limitata alla graduatoria: *ed è detto espressamente.* Ma in quel caso la nomina avviene per graduatoria; è una forma speciale, alla quale è adeguata la norma corrispondente. Negli altri casi la disposizione designa il concorso e non la graduatoria, che non ne è elemento necessario. E perciò è preferenza e non precedenza: espressione questa appropriata alla priorità cronologica. Quando si dice che una data qualità è titolo di preferenza nel concorso, si stabilisce un diritto soggettivo che incide sull'atto conclusivo del concorso, cioè sul potere di nomina.

Quando, invece, si volle limitare l'effetto alla graduatoria, fu detto esplicitamente. Per es.: decreto 18 settembre 1919 n. 1825, art. 3: « *nella graduatoria dei concorsi* ecc. ecc. ». Anche il decreto 28 gennaio 1923 n. 153, stabilendo la precedenza nella graduatoria — appunto perchè si trattava di regolare gli effetti del titolo in rapporto ad una forma di nomina che aveva per base la graduatoria vincolatrice — riferì espressamente la precedenza alla graduatoria.

b) Altri elementi di interpetrazione. — Se il decreto 24 settembre 1923 avesse voluto limitare alla graduatoria, in tutti i casi, gli effetti della preferenza, avrebbe richiamato l'art. 7 del decreto del 1923 n. 153 — che riguarda appunto le precedenze nella graduatoria — e non avrebbe richiamato anche l'art. 9 del decreto del 1922 n. 1290 che stabilisce le preferenze nei concorsi. O la graduatoria non vincola e la preferenza è inutile, a parità di merito, restando integra la libertà di scelta; o è graduatoria vincolatrice e allora bastava stabilire la precedenza a parità di merito nell'ordine di essa.

Invece, furono estese dal decreto del 1923 n. 153 solo le norme che riguardano le precedenze (terzo comma) in sede di graduatoria vincolatrice e non furono ricordate le preferenze previste nel quarto comma dello stesso articolo, ma furono estese le preferenze nei concorsi stabilite dall'art. 9 del decreto del 1922.

Pur rimanendo nel campo della interpetrazione letterale, la connessione delle varie disposizioni chiarisce bene il contenuto della norma

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

c) *Contenuto e finalità delle disposizioni.* — Se il decreto del 24 settembre 1923 avesse stabilito una preferenza efficace soltanto per l'ordine della graduatoria non avrebbe scopo nè contenuto utile: tale norma era già nel decreto 18 settembre 1919. Nulla sostanzialmente si aggiungerebbe. Se il decreto del 1923 non avesse corretto le disparità di trattamento e le incongruenze delle precedenti disposizioni (1919) o si sarebbe riferito, come queste, alle graduatorie o non avrebbe nuovamente disposto al solo scopo di usare espressioni diverse ed improprie creando incertezze ed equivoci.

Invece col decreto del 24 settembre 1923 si volle fare un passo e correggere le anomalie e le insufficienze delle precedenti disposizioni.

Il titolo sarebbe inefficace per i medici condotti o, in genere, per tutti i concorsi nei quali l'ente ha un potere normale più o meno ampio di scelta. Perchè questa diversità di trattamento?

Le esigenze della pubblica amministrazione sono garantite dalla parità del merito. Il valore del titolo è relativo e tocca soltanto, minorandola, la posizione del privato concorrente che ha merito minore o eguale.

Insomma, non c'è una ragione prevalente di pubblico interesse che giustifichi l'applicazione parziale di una norma che ha il suo fondamento in una condizione soggettiva qualificata e identica in tutti i casi.

Si obbietta: sarebbe limitato il potere di scelta attribuito dalla legge in certi casi. Ma appunto questo è l'effetto legittimo ed utile della preferenza. La facoltà di scelta funziona normalmente; ma, per situazioni soggettive e transitorie, trova un limite, qualora concorrano speciali condizioni.

Ma l'argomento più importante, autorevolmente accennato, dal Consiglio di Stato è questo: per i medici condotti il R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, circa l'ordinamento della sanità pubblica, pur essendo posteriore ai decreti concernenti le preferenze, non ha modificato le norme che regolano la nomina con facoltà di scelta.

Anzitutto: se la limitazione è stabilita dalle norme precedenti, per escludere la efficacia di esse bisognerebbe dimostrare che il decreto 30 dicembre 1923 le abbia abrogate.

Infatti, se le norme non sono state abrogate, conservano il loro vigore. La questione, quindi, non farebbe un passo.

Il decreto 30 dicembre 1923 *emendò alcune* disposizioni del testo unico delle leggi sanitarie ed altre ne aggiunse. Nessuna nuova norma fu emanata circa il potere di nomina dei medici condotti. Rimase, quindi, ferma la disposizione dell'art. 30, 1 e 3 comma; e rimasero impregiudicate quelle disposizioni che, per situazioni soggettive, avevano introdotto, nel sistema delle nomine, limitazioni del potere di scelta, per tutti gli impieghi e non soltanto per quelli che sono obbietto della legge sanitaria. Anche se il decreto del 30 dicembre 1923 avesse regolato il potere normale di nomina, non avrebbe dovuto riprodurre o esplicitamente far salve le disposizioni speciali concernenti le preferenze e le precedenze per i reduci di guerra, appunto perchè si trattava di norme speciali, regolanti più vasti e complessi rapporti nei quali erano compresi quelli relativi alla condotta.

Le preferenze sono quindi efficaci per la nomina e si risolvono in una condizione soggettiva che deve essere riconosciuta e concretamente dichiarata dall'organo che provvede alla nomina. È indifferente che il servizio militare sia o non valutato dalla Commissione: correttamente osservò la V Sezione del Consiglio di Stato (27 marzo 1925 n. 169 ric. Repullone) che la Commissione può farne valutazione in quanto è servizio sanitario, cioè eventualmente indice di capacità; ma il titolo di preferenza opera in quanto è tale, cioè per la benemerenza militare che ne è espressa. Non vi è, quindi, duplicazione, essendo essenzialmente diversi gli obbietti, la finalità e gli effetti dell'una e dell'altra valutazione. Un caso di vera duplicazione, invece, si verificherebbe se le preferenze fossero efficaci per la graduatoria. Infatti, la disposizione dell'art. 9 del decreto del 1922 è stata estesa senza esclusione di alcuno dei titoli di preferenza, sicchè vi è compreso quello concernente « il servizio lodevole prestato per non meno di un anno nell'Amministrazione per la quale è indetto il concorso » « intendendosi sostituito — chiarisce l'art. 3 del decreto 24 settembre 1923 — al servizio prestato nelle amministrazioni dello Stato quello presso le amministrazioni degli enti suindicati ».

Ciò posto, se il titolo fosse efficace per la graduatoria, la Commissione stessa lo valuterebbe due volte per *la stessa* finalità: determinazione del merito assoluto e comparativo in base ad un titolo che nell'uno e nell'altro caso è considerato in quanto è indice di idoneità specifica.

Ma la legge lo ha particolarmente previsto appunto perchè lo ha considerato titolo efficace in una fase successiva alla graduatoria, per una finalità speciale ed in rapporto ad un altro organo, in quanto cioè è titolo di preferenza che limita la scelta discrezionale, *sostituendo una designazione legale e generale all'apprezzamento concreto del Comune.* L'art. 3 del decreto 24 settembre 1923 contiene, quindi, una presunzione legale di maggiore idoneità e stabilisce la scelta qualora concorrano due condizioni: parità del merito accertato e un determinato titolo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANAGNI (*Frosinone*). *Congreg. di Carità.* — Direttore chirurgo operatore nell'Ospedale Civile Consorziale; a tutto 10 apr.; età lim. 50 a.; tassa L. 50.10; docum. a 3 mesi dall'8 marzo; speciale consideraz. per i candidati idonei a funzionam. apparecchi diatermici, radiologici ecc.; L. 7000 e 5 quadrienni; riconoscim. carriera anter.; c.-v.; 50 % proventi vari (30,000-40,000 lire).

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Gravina in Puglia; al 31 mar.; vedi fasc. 11.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Tre medici astanti per l'Ospedale Maggiore; lire 10,000, c.-v., vitto e alloggio nei giorni di servizio, metà contrib. C. P.; servizio accettaz. ammalati e guardia. Nomina e conferma biennali. Scad. ore 17 del 5 apr. Età mass. 35 a. Docum. a 3 mesi dal 5 marzo.

BRENTONICO (*Trento*). — 1ª condotta, comprendente 6 frazioni; età lim. a. 35 (39); L. 8500 pel 20 % della popolaz.; 5 quadrienni dec.; c.-v.; alloggio gratuito; L. 3600 cavalc. Scad. 30 marzo.

CAMERINO. *L. Università.* — Professore non stabile di anatomia umana normale. Scad. 30 apr. (D. M. 31 dic. 1926 pubblicato sulla *G. U.* 29 genn. 1927).

CASTELLUCCHIO (*Mantova*). — Scad. 30 marzo; 2ª cond.; L. 10,000 e 5 quadr. dec.; L. 1800 cavallo o bicicl.; L. 500 ambul. a domicilio; c.-v. di L. 2000 se coniugato, L. 1250 se celibe; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Al 31 mar.; 1ª cond.; ab. 2238; L. 9500, oltre L. 2000 quota var.; 6 quadrienni dec., riconoscim. 2 quadrienni altri Com.; L. 3500 trasp.; L. 500 uff. san. Età lim. 33 a. Tassa L. 50.15. Per altre informazioni rivolgersi Sindaco.

CASTIGLIONE IN TEVERINA (*Roma*). — Scad. 9 apr.; due cond.; L. 10,000 e c.-v.; L. 400 per l'uff. san. Tassa L. 50.05.

CHIARANO (*Treviso*). — Scad. 28 mar.; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; uff. san. L. 600; mezzo trasp. L. 3000; c.-v.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitarî per 3 Comuni e 2 Consorzi; scad. 30 apr.; v. fasc. 11.

FAEDIS (*Udine*). — Scad. 4 apr.; L. 9000, oltre L. 500 serv. attivo, L. 3000 trasp., c.-v., L. 900 uff. san.

FIUMINATA (*Macerata*). — Al 31 mar.; L. 9000 e 3 quadrienni dec. con riconoscim. un quadriennio; c.-v.; 10 % aum. provvisorio; L. 500-1000-2500 trasp.; ab. 1500; età lim. 24-40 a.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e direttore dell'Ufficio Municip. d'Ig. del Comune di Genova unificata; scad. 25 apr.; vedi fasc. 11.

GRISIGNANA (*Istria*). — A tutto 27 mar.; L. 9000, oltre c.-v. e L. 4000 trasp.; tassa L. 50.

LUZZARA (*Reggio Em.*). — Scad. 25 mar.; III Reparto; L. 8000, oltre L. 1000 indenn. categoria, L. 1500 trasp., L. 500 ambulat., c.-v. di legge. Tassa L. 50.15.

MOGLIANO (*Macerata*). — Scad. 31 mar.; vedi fasc. 11.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — Ufficiali sanitarî per due Comuni e un Consorzio; vedi fasc. 11. Scad. 25 aprile.

PONTECCHIO (*Rovigo*). — Scad. 31 mar.; L. 8000; c.-v.; indennità trasporto; alloggio dietro tenue fitto, ecc.

REFRANCORE (*Alessandria*). — A tutto 31 mar.; L. 7000, oltre L. 800 uff. san. e L. 1800 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Conc. per la nom. di 8 tenenti medici in S. P. nel Corpo sanit. maritt.; scad. 5 maggio; vedi fasc. 9.

S. ANDREA DI CONZA (*Avellino*). — Scad. 6 apr.; L. 7000, oltre L. 500 uff. san.; aumenti periodici; triennio di esercizio profession.

S. PIETRO CADORE (*Belluno*). — Scad. 26 mar.; L. 12,000, oltre c.-v. e indenn. mezzi trasp.

STAGHIGLIONE (*Pavia*). — Scad. 25 mar.; con Torre del Mosto; L. 13,000 e 5 quadrienni dec., L. 600 ambul., L. 350 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

TORINO. *Ospedale Maggiore di S. Giovanni B. e della Città.* — Primario oto-rino-laringoiatra; vedi fasc. 11. Scad. 29 marzo.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 10 apr.; per Pierantonio; L. 8000 e 6 quinq. dec., oltre L. 600 serv. attivo e doppio c.-v.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Sezione Tubercolosi; vedi fasc. 11; scad. ore 17 del 24 mar.

CONCORSI A PREMI.

Assoc. professionale dei dermosifilografi italiani.

Non essendo stato aggiudicato all'unico concorrente il Premio Locatelli per il 1926, viene riaperto il concorso per l'anno 1927, con la somma di lire duemila, non divisibili, da consegnarsi all'autore del miglior lavoro, a giudizio dell'apposita commissione esaminatrice, sul tema: « Le dermatosi scolastiche ».

Il lavoro avrà scopo di propaganda igienica e sarà quindi svolto con criteri scientifici, ma in forma popolare e tale da poter essere letto con profitto, oltre che dai medici non specialisti, anche da tutti coloro ai quali, per ragioni d'insegnamento, di educazione, di custodia, ecc. sono affidati dei bambini in età da frequentare le scuole. Dovrà essere perciò corredato da numerose figure.

I lavori presentati al concorso dovranno essere inediti, scritti a macchina o stampati. Essi saranno inviati in piego postale raccomandato al segretario dell'Associazione dott. Felice Brunetti - Torino, via Garibaldi 5, non oltre il 31 gennaio 1928. I lavori giunti dopo questo termine non saranno presi in considerazione. Gli autori dovranno essere di nazionalità italiana. Altre norme consuete.

Per il programma e per ogni ulteriore schiarimento rivolgersi al segretario.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Bollettino Ufficiale della P. I. nei numeri del 10 e del 17 febbraio, reca gli atti dei seguenti concorsi: Clinica medica a Modena, classificati: 1) Cesare Frugoni, 2) Pietro Sisto, 3) Luigi Ferrannini; fisiologia a Cagliari, classificati: 1) Antonio Clementi, 2) Igino Spadolini, 3) Sabato Visco; patologia generale a Sassari, classificati: 1) Guido Vernoni, 2) Bruno Polettini, 3) Carlo Verdozzi; radiologia e terapia fisica a Pavia, classificati: 1) Ruggero Balli, 2) Luigi Siciliano, 3) Armando Rossi.

Sono trasferiti i proff.: Bolognesi Giuseppe, dalla Patologia chirurgica alla Clinica chirurgica nella stessa Università di Siena; Fiori Paolo, dalla Patologia chirurgica, alla Clinica chirurgica nella stessa Università di Modena; Gallerani Giovanni, di Fisiologia, da Camerino a Bari; Giannelli Luigi, di Anatomia umana normale, da Ferrara a Bari; Pentimalli Francesco, di Patologia generale, da Cagliari a Perugia.

Sono nominati, in esito a concorso, i professori: Balli Ruggero, di Radiologia e Terapia fisica, a Pavia; Businco Armando, di Anatomia patologica, a Perugia; Chistoni Alfredo, di Farmacologia e Tossicologia, a Parma; Clementi Antonio, di Fisiologia, a Catania; D'Antona Serafino, di Clinica delle Malattie mentali e nervose, a Siena; Ferrannini Luigi, di Clinica medica, a Cagliari; Lo Cascio Girolamo, di Clinica oculistica, a Perugia; Maggiore Luigi, di Clinica oculistica, a Sassari; Pollettini Bruno, di Patologia generale, a Sassari; Riquier Giuseppe Carlo, di Clinica delle Malattie mentali e nervose, a Sassari; Sisto Pietro, di Clinica medica, a Modena (era di Patologia medica a Siena); Spadolini Igino, di Fisiologia, a Cagliari; Vernoni Guido, di Patologia generale, a Cagliari; Viana Odorico, Direttore Scuola Ostetrica, di Verona.

Sono abilitati alla libera docenza in: Anatomia patologica: Redaelli Pietro; Anatomia umana normale: Fazzari Ignazio; Anatomia e Istologia patologica: Verga Pietro; Chimica biologica: Roncato Achille; Clinica delle Malattie mentali e nervose: Agostini Giulio, Belloni Giovanni Battista, Pisani Domenico; Clinica delle Malattie delle vie urinarie: Chiaudano Carlo, Mingazzini Ermanno, Ravasini Carlo; Clinica dermosifilopatica: Meineri Pier Angelo; Clinica medica e Semeiotica: Sabatini Giuseppe; Clinica oculistica: Alajmo Biagio, Bozzoli Alessandro, Chiatante Nicola, Rizzo Antonino, Rossi Vincenzo, Sgrosso Salvatore, Stella Pietro, Zoldan Luigi; Clinica ostetrica ginecologica: Dallera Nicolò, De Bella Eugenio, Lombardo Antonino; Clinica oto-rino-laringoiatrica: Di Donato Donato, Tenaglia Giuseppe, Zanni Giuseppe; Clinica pediatrica: Brusa Pietro, De Toni Giovanni, Triputti Vincenzo; Clinica psichiatrica: Bertolani Aldo, Ciarla Ernesto; Farmacologia sperimentale: La Mendola Salvatore; Farmacologia e Tossicologia: Susanna Vittorio; Igiene: Castelli Agostino; Patologia generale: Oselladore Guido; Patologia speciale chirurgica: Ceccarelli Galeno, Ciminata Antonio, Dogliotti Achille Mario, Faccini Ugo, Ferrero Vittorio, Gobbi Luigi, Merlini Antonio, Paulucci Francesco, Torchiana Luigi, Vannucci Dino, Zaniboni Aldo; Patologia speciale medica: Dalla Volta Alessandro, D'Arbella Felice, De Martini Attilio, Gelera Mansueto, Luzzato Aldo, Manara Michele, Meldolesi Gino, Molinari Gennaro, Musante Ettore; Psicologia sperimentale: Banissoni Ferruccio.

La R. Accademia Medica di Roma ha nominato soci ordinari i dottori prof. Valerio Artom di Sant'Agnese, nob. Alessandro Messea, prof. Giuseppe Sabatini, prof. Francesco Valagussa; ha nominato soci corrispondenti nazionali i professori Raffaele Brancati, Achille De Fabii, Giorgio Ferreri e Pietro Di Mattei.

Erratum. — Nel fasc. 10, a p. 350, bibliografia, leggere: Kessel, Journ. A. M. A., 1911; Mazzolini, I metodi ecc.; a p. 353, col. destra, 17° capov., aggiungere la riga: Esame radiologico del cuore. L'ombra del cuore. Nel fasc. 9, a p. 330, linea ultima, leggere: penale.

BIOGRAFIE

ANTONIO CARLE

La morte del sen. prof. Antonio Carle, Direttore della R. Clinica Chirurgica della Università e Primario dell'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, rappresenta una grave perdita per la famiglia chirurgica italiana, di cui l'Illustre Estinto era Maestro insigne e benemerito.

Il Carle, nato a Chiuso d'Esio (prov. Cuneo) nel 1855, si laureò presso la R. Università di Torino, affermandosi ben presto nella salda preparazione scientifica, alla quale attese nei primi anni di laurea prima presso la Scuola Torinese, di poi frequentando la Clinica di Billroth. E nel periodo aureo della chirurgia, in cui i principî listeriani della medicatura avevano aperti i nuovi orizzonti, seppe crearsi indirizzi e capacità, da fare suoi i nuovi tempi che andavano maturando, ed apportando contributo efficace alle nuove vie segnate nella chirurgia.

Dalla Clinica del Billroth trasse ammaestramenti ai nuovi orientamenti nella chirurgia viscerale, dimostrando perfetta comprensione degli argomenti fin dal 1881, quando riferì all'Accademia di Medicina di Torino sulla seconda resezione del piloro, eseguita dal Billroth. Contemporaneamente rilevava la importanza della medicazione al iodoformio nella tubercolosi chirurgica; e nel 1884, ancora prima che Nicolajer scoprisse il B. del tetano, il Carle, con il Rattone, provò la natura infettiva del tetano, mediante la trasmissione dell'infezione dall'uomo all'animale e negli animali con passaggio in serie.

Gli studî sulle modificazioni circolatorie del sangue nel cervello in narcosi (1886), le esperienze sulle tiroidi (1888), dimostravano intanto quella

maturità necessaria a studiare i più ardui problemi della patologia chirurgica.

Ottenuta la libera docenza in propedeutica chirurgica (1886) assumeva servizio prima quale comprimario (1886), e poi quale primario (1888), dell'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, là dove in seguito dovevano rifulgere le sue eminenti qualità di tecnica chirurgica.

Nè in tali mansioni Egli trascurò lo sviluppo scientifico della sua attività, che si andò sempre più affermando con l'affrontare e risolvere argomenti della chirurgia dei tempi. Così nel 1890 in collaborazione con Lustig studiò l'etiologia del gozzo endemico; nel 1894 riferì all'XI Congresso della Società Italiana di Chirurgia sulle affezioni benigne dello stomaco e sul loro trattamento col deflusso gastro-enterico diretto.

Intanto, resasi vacante la cattedra di patologia speciale chirurgica presso la R. Università di Torino con la morte del prof. Pacchiotti, prima per incarico (1893-94) poi come Straordinario (1894-95) indi come Ordinario ne assunse la direzione, mantenuta fino al 1900, quando fu chiamato a succedere al prof. Bruno nella cattedra di clinica chirurgica e medicina operatoria presso la stessa Università.

La sua opera di chirurgo rifulse attraverso il diuturno lavoro come Direttore della R. Clinica Chirurgica e presso l'Ospedale Mauriziano, essendo essa documentata dalle sue numerose statistiche operatorie sulle miomectomie per fibromiomi dell'utero, sulla chirurgia gastrica ecc., e da pregevoli monografie, quali quelle sulla Patologia Chirurgica dello Stomaco, sulla Chirurgia della Tiroide. La sua maestria tecnica brillò anche nei varî altri campi della chirurgia, facendone argomento di pubblicazioni, quali quelle su un sarcoma del centro di Broca, sulla estirpazione della milza, sulla operazione di Talma nella cirrosi epatica, sui fibromi naso-faringei, sui miomi dell'apparato digerente e dell'intestino in particolare, sulla chirurgia delle vie biliari, sulla resezione parziale del laringe nei tumori maligni, sulla chirurgia renale, sull'appendicite, sulla tubercolosi delle vie urinarie.

In collaborazione con Herlitzka svolse nel « Trattato Italiano di Chirurgia » il capitolo dei tumori dell'utero.

L'opera di Maestro fu coronata dal diuturno successo didattico e fu inoltre la sua Clinica fucina di numerosi chirurgi primari di Ospedali e di insigni allievi nella vita Accademica Nazionale, quali Galeazzi, Donati, Uffreduzzi, Fasiani, che portarono nell'insegnamento superiore della chirurgia quelle saggie direttive di una Scuola, la quale diede impulsi nuovi alla chirurgia contemporanea.

Tutti, allievi, studenti, amici, ammiratori in occasione del XXX anniversario dell'alto insegnamento di ANTONIO CARLE nel 1925 si unirono intorno al Maestro elettissimo ed al Chirurgo esimio per manifestare la riconoscenza meritata nell'esplicare il lavoro assiduo ed onesto, che lo portò alle più alte onorificenze nazionali.

J.

NOTIZIE DIVERSE.

XVIII Congresso Nazionale di Idrologia e climatologia.

Il Comitato organizzatore del XVIII Congresso Nazionale Idrologico, che si terrà, come già venne annunziato, a Milano nei primi giorni del prossimo ottobre, ha definitivamente fissato come segue i temi di relazione, coi rispettivi relatori, che hanno cortesemente accettato:

Prof. Adriano Valenti: « Le conoscenze attuali sul meccanismo d'azione delle acque minerali ».

Prof. Ambrogio Da Gradi e dott. Emilio Silvano: « Soggiorno dei tubercolotici nelle Stazioni climatiche, in rapporto alla legislazione, alla terapia e alla igiene ».

Fra le « comunicazioni » già accolte, vanno notate specialmente una del dott. Burgonzio su « l'Insegnamento della idroterapia », e altra del prof. Onorato su « Tripoli Stazione climatica e talassoterapica ».

Si fa presente che, mentre le relazioni saranno stampate, nella parte conclusiva, una settimana prima che si apra il Congresso, è necessario che i temi di « comunicazioni » vengano mandati al più presto al Comitato organizzatore (via S. Paolo 10, Milano); e che il testo di ciascuna di esse, o almeno un ampio riassunto, pervenga al Comitato suddetto prima dell'apertura del Congresso. Tutto questo è stabilito sia per la necessità di un controllo, sia per rendere possibile la sollecita attuazione degli « Atti ».

Il « Touring Club », che ha assunto la organizzazione della Mostra delle Stazioni di cura alla Fiera Campionaria di Milano (1927), farà il possibile perchè tale Mostra sia a disposizione dei congressisti del XVIII Congresso Nazionale Idroclimatologico; ai quali saranno pure concesse speciali facilitazioni di alloggio nel nuovo Albergo del « Touring » in Milano.

La quota di iscrizione al Congresso è fissata in L. 30 pei medici, chimici ecc. (L. 15 per le signore) e L. 50 per gli Enti, e pei Comuni, che saranno ricordati nel volume degli « Atti ».

Per la Stampa Medica Italiana.

Riceviamo:

« Il Comitato *Pro Stampa Medica Italica*, mentre prende atto di una circolare diramata da *Terapia Contemporanea*, nella quale si annuncia che questo periodico, che non poteva considerarsi italiano, cessa le proprie pubblicazioni, fa presente che anche le affermazioni con le quali detto periodico chiude il ciclo della propria esistenza sono tali da confermare la necessità di opporre tutta la forza concorde dei periodici realmente italiani a quelli che non lo sono.

« Il Comitato *Pro Stampa Medica Italica*, mentre crede sia più che mai necessario appoggiare i periodici *italiani*, i quali trovano sempre maggiori difficoltà di vita e di sviluppo, e mentre fa presente che è tutt'altro che da esso negato il ca-

rattere di universalità della Scienza ed insieme il profondo rispetto per la produzione scientifica straniera, afferma però, altresì, chiaramente, doversi selezionare, per le ragioni già pubblicamente esposte, la stampa medica *italiana* da quella che, pure pubblicandosi in Italia, italiana non è; e doversi fare ogni sforzo perchè la *Stampa Medica Italica* sia realmente emanazione e ad un tempo affermazione di *italianità* e non strumento di infiltrazione culturale e industriale straniera ».

L'Accademia dei Lincei per le ricerche scientifiche.

L'Accademia dei Lincei oltre che alla pubblicazione di notevolissimi periodici, diffusi e ricercati in tutto il mondo, attende ad un'opera continua ed intensa, per quanto silenziosa, di incoraggiamento di tutte le più importanti iniziative scientifiche che interessano la cultura nazionale.

Così, per sopperire ai bisogni di molte delle nostre Riviste scientifiche che per il costo della stampa avrebbero dovuto da tempo interrompere le pubblicazioni, l'Accademia dei Lincei ha ottenuto dalla « International Education Board » fondata da Rockefeller, un sussidio annuo di dollari 4275 (pari a lire 100,000 circa) che anche quest'anno è stato distribuito a 14 nostri più importanti periodici scientifici.

Ma per aiutare più specialmente le ricerche scientifiche, proseguendo così le gloriose tradizioni della scuola di Galileo, ha destinato anche per quest'anno i frutti del fondo di L. 300,000 offerto dalla munificenza del sen. Treccani ad incoraggiamento e sovvenzione di quegli studi e ricerche che in ogni campo della scienza, sembrano, per la loro importanza, più degni di aiuto.

Per il 1927 i frutti del fondo Treccani sono stati distribuiti in parte per sussidiare diverse ricerche di laboratorio che si vanno compiendo nelle nostre Università, specialmente relative alle scienze biologiche, visto che recenti provvidenze del Governo Nazionale hanno provveduto ai bisogni delle scienze fisiche e chimiche. Così sono state incoraggiate ricerche sulle modificazioni delle glandole tiroidi e surrenali promosse dal prof. Rossi nell'Istituto di biologia dell'Università di Firenze; sulle correnti bioelettriche dei nervi, e sull'azione dei raggi X sullo sviluppo degli embrioni (Istituto di Biologia dell'Università di Bologna); sull'azione delle basse temperature sui tessuti (Istituto di Fisiologia dell'Università di Napoli).

L'inaugurazione della Clinica chirurgica all'Università di Padova.

L'8 corrente, alla presenza delle autorità cittadine, vennero inaugurati i locali della nuova clinica chirurgica della R. Università di Padova, istituto sorto mercè l'interessamento del Capo del Governo che dispose per lo stanziamento dei fondi necessari.

A ricordo dell'alto intervento del Duce e dell'opera del direttore della clinica prof. Donati, gli studenti universitari hanno voluto murare una lapide commemorativa che è stata scoperta durante l'inaugurazione dei locali. Il pro-rettore dell'Università prof. Soller ha letto telegrammi del ministro Fedele e del sottosegretario on. Bodrero. Hanno parlato fra gli altri il vice-podestà avv. Bonsempiante, il prof. Casagrandi, il preside della Facoltà medica e il prof. Donati, tutti esprimendo fervidi e devoti ringraziamenti al Duce. Lo scoprimento della lapide ha suscitato calorose manifestazioni all'indirizzo del Duce.

L'Istituto Fisioterapico Vittorio Fmanuele a Catania.

Il 6 corr., alla presenza delle autorità cittadine e di un pubblico eletto e numeroso, venne inaugurato, nell'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania, l'Istituto fisioterapico. Questo consta di quattro padiglioni che fanno corona a un giardino; vi sono allogate le Sezioni di meccanoterapia, balneoterapia, elettrologia, radiologia, diatermia e raggi ultravioletti, un solario per elioterapia. L'Istituto è diretto dal dott. Giovanni Rapisardi; i quattro reparti sono affidati ai dottori Rapisardi, prof. Piccione, Lo Giudice e Mondello, coadiuvati dal dott. Papalia.

La cerimonia, solenne ed austera, venne iniziata dal commissario prefettizio amministratore dell'Ospedale, avv. Paola; tenne poi un magistrale discorso il clinico di Catania prof. Ughetti.

Limitazioni alla decadenza dei liberi docenti.

In una circolare in data 24 gennaio 1927, n. 11, il ministro della P. I. on. Fedele, accogliendo le considerazioni fatte dal prof. V. Ascoli sulla opportunità che i liberi docenti residenti all'estero in qualità di direttori o di primari di ospedali non vengano sottoposti alla dichiarazione di decadenza dalla abilitazione per mancato esercizio quinquennale dell'insegnamento, ravvisa nel caso prospettato gli estremi del legittimo impedimento, per la speciale e delicata funzione, scientifica oltre che professionale, che i nostri docenti spiegano in terra straniera. In detta circolare, pertanto, comunica ai Rettori delle RR. Università che l'ufficio di direttore o di primario in ospedali dell'estero deve essere compreso fra i casi di legittimo impedimento all'esercizio della libera docenza.

Poichè gl'italiani che all'Estero giungono ad occupare posizioni di responsabilità e ad esplicare funzioni direttive, valgono a diffondere la coltura e ad accrescere il prestigio e l'azione del nostro Paese, sarebbe ingiusto e impolitico compensarli con una diminuzione: era dunque doveroso di provvedere nel senso indicato a favore di quelli che si sono acquistati la libera docenza universitaria.

Sessione delle libere docenze per l'anno 1927.

Con decreto ministeriale in data 21 febbraio la sessione delle libere docenze per l'anno corrente si inizierà col 1° ottobre e si chiuderà col 31 dicembre 1927.

Potranno essere adunate posteriormente alla data suddetta quelle Commissioni di libera docenza, per le quali non sia stata possibile la convocazione per mancanza del numero legale prescritto dalla legge.

Il termine per la presentazione delle domande è fissato al 31 maggio.

Le pubblicazioni devono essere in triplice esemplare.

Le domande che allo scadere del termine del 30 giugno risultassero incomplete o irregolarmente documentate non saranno tenute in considerazione, e così quelle per le quali non sia stato effettuato il deposito per le spese inerenti agli atti di libera docenza, nell'ammontare che verrà richiesto a ciascun candidato, e nel termine che all'uopo verrà indicato.

Resta in facoltà dei candidati di far pervenire le pubblicazioni, anche direttamente, ai componenti le singole Commissioni, compresi i supplenti. Tale invio diretto non potrà essere fatto oltre il 31 agosto, e sempre che i candidati ne abbiano fatto espressa riserva nella domanda di abilitazione.

Corso di perfezionamento in igiene.

L'inizio del XVIII corso complementare d'igiene pratica presso la R. Università di Pisa, che doveva aver luogo il 7 corrente, è rimandato al 28 corrente, ore 14,30.

Conferenza del prof. Leotta.

Presenti S. M. la Regina, il ministro Fedele, i sottosegretari di Stato Bianchi e Bodrero, i direttori generali della Sanità Pubblica dott. nob. Messea, della Sanità Militare gen. med. Della Valle, della Istruzione Superiore comm. Frascherelli ed un pubblico elettissimo e numeroso di sanitarî, scienziati e studiosi, il prof. Leotta, direttore della R. Clinica Chirurgica di Bari, tenne, nell'aula magna del Collegio Romano, una conferenza su « La cura chirurgica della tubercolosi polmonare ».

Partendo dalla collassoterapia medica, il valoroso oratore passò alla collassoterapia chirurgica ed illustrò i metodi proprî di liberazione polmonare e d'immobilizzazione emitoracica, corredando la sua esposizione con numerose e nitide proiezioni.

L'oratore informa che nella sua clinica si è già raggiunto il 60 per cento di guarigioni. Egli confida che questa alta percentuale si innalzerà ancora.

All'Ospedale Italiano di New York.

L'ambasciatrice d'Italia negli Stati Uniti, donna Antonietta De Martino, ha visitato l'Ospedale Italiano della 83ª Strada. Hanno ricevuto l'illustre visitatrice la presidenza dell'Ospedale e il corpo medico al completo. Vi erano il pres. Ferrari, il giudice Mancuso, L. Fiore, l'avv. Modica, C. De Biasi e L. Spezzano del Consiglio d'Amministrazione; il dott. Atonna, presidente del Consiglio Sanitario, il vice-presidente dott. Fortunato, il prof. Previtali, i dottori Savino, Stivelli, Marone, Sellaro, Tomasulo, Grossi, Lombardo, i rappresentanti della stampa.

L'ambasciatrice fu accompagnata dalla consolessa donna Margherita Axerio e dalla signora Falbo, dal comm. Vitelli dell'Ambasciata e dal R. console comm. Axerio, dai rappresentanti dell'Amministrazione, dal Corpo sanitario e dalla direttrice del Corpo infermiere.

Poi ella esaminò i vari progetti per il nuovo Ospedale, a favore del quale è imminente un « drive » o appello per la raccolta di fondi, e promise che avrebbe presenziato la cerimonia della posa della prima pietra.

All'Ospedale Italiano di Buenos Aires.

Il colonnello marchese De Pinedo visitò, come uno dei suoi primi atti nella capitale della Repubblica Argentina, il giorno 3 corr., l'Ospedale Italiano, dimostrando così di associare al più alto eroismo i più delicati sentimenti di umanità. Il valoroso aviatore era accompagnato dal nostro ambasciatore.

Pro infanzia a Parigi.

Sono state tenute interessanti conferenze ed eseguite cinematografie nel grande anfiteatro della Sorbona, a Parigi, a beneficio dell'Associazione per lo sviluppo dell'igiene materna e infantile e della scuola di puericultura della Facoltà di medicina, sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica e dell'ambasciatore degli Stati Uniti. Assistevano i rispettivi rappresentanti ed anche quelli dei ministri della marina e del lavoro. Il programma includeva una conferenza del professor Calmette, dell'Istituto Pasteur, sulla vaccinazione antitubercolare dei neonati. Interessanti proiezioni illustrarono i consigli di profilassi. Seguirono interessanti proiezioni di viaggi.

Centenario di Pinel.

La celebrazione del centenario della morte di Filippo Pinel — lo psichiatra francese cui si deve la moderna assistenza manicomiale — avrà luogo ad iniziativa della « Société Médico-Psychologique » di Parigi, durante l'ultima settimana di maggio. Le adesioni vanno indirizzate al segretario generale, dott. Henri Colin, rue Gay-Lussac 22 - Paris V^{e}.

Aeroambulanze.

Presso il Genio Aeronautico in Roma si è riunita la Commissione incaricata di preparare le aeroambulanze per l'Italia e Colonie. La Commissione è composta del generale Verduzio, del colonnello Costanzo, dell'on. prof. Umberto Gabbi, del prof. Di Nola, del maggiore Del Vasto. Venne deciso di provvedere con sollecitudine alla istituzione di parecchie aeroambulanze.

Le crociere di « Bruxelles Médical ».

Il noto periodico belga di medicina organizza quattro nuove crociere per medici: una durante le feste pasquali nell'Italia meridionale e in Sicilia; tre durante i mesi di agosto e settembre: nel Mediterraneo occidentale, nell'Italia meridionale e in Sicilia, negli Stati Uniti; prepara inoltre due crociere per studenti nel corso delle vacanze: una per il Mediterraneo occidentale, l'altra per l'Oriente.

Chi volesse partecipare a qualcuno di questi viaggi, per i quali sono stabilite condizioni di favore, può rivolgersi alla Segreteria (62, rue Froissant - Bruxelles).

Il tifo esantematico in Africa.

Secondo il « Matin », un'epidemia di tifo esantematico, che ha avuto la culla nel bacino del lago Tchad, e che si è diffusa nel Sudan anglo-egiziano, avrebbe fatto più di centomila vittime nel corso di un quinquennio.

Cattedra d'infortunistica.

Alla Facoltà di medicina di Ginevra è stata istituita recentemente una cattedra per l'insegnamento di tutte le questioni inerenti agli infortuni sul lavoro. Titolare ne è il prof. Ch. Jallard.

La ricerca della paternità.

In seno all'Associazione internazionale di Diritto penale, che ha tenuto nell'aula magna dell'Università di Roma la prima seduta del nuovo anno, il prof. Leone Lattes, di medicina legale e infortunistica all'Università di Modena, trattò degli aspetti biologici della ricerca della paternità, una dottrina scientifica cui egli ha dato notevole contributo. La comunicazione venne illustrata da numerose proiezioni.

" Psikiatrio ".

Un gruppo di medici giapponesi pubblica, sotto questo titolo, un periodico mensile, in giapponese e in esperanto, contenente articoli di psichiatria, psicologia e neurologia, sotto la direzione del dot. Junko Sibata, dell'Ospedale Imura-Bioin, in Hatagaya, presso Tokio.

Si è spento il prof. dott. EUGENIO PIRONDINI. Nato a Parma nel 1889, si distinse durante il corso degli studi medici, compiuti a Roma, conseguendo i premi Rolli, Corsi, Colasanti. Fu assistente di patologia chirurgica e comprimario a Parma. Si era decisamente affermato nel campo della urologia, in cui ottenne la docenza e lascia una serie di lavori pregevoli, alcuni dei quali ospitati nel nostro periodico. Alla desolata vedova vada l'espressione delle nostre sentite condoglianze.

L. P.

Al prof. Domenico Barduzzi, duramente colpito dalla perdita della figlia Lina, inviamo le nostre commosse condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Nel prossimo mese pubblicheremo:

Prof. Dott. PAOLO GAIFAMI
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari.

Elementi di Ginecologia

Avviamento alla Diagnosi Ginecologica con Schemi di Terapia
per Medici pratici e Studenti.

Un volume di circa 300 pagine, nitidamente stampato su carta americana, con moltissime figure intercalate nel testo, parecchie delle quali originali, rilegato artisticamente in piena tela con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Gli abbonati che desiderano riceverlo appena pubblicato, abbiano la bontà di inviare cartolina postale di prenotazione all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA.

Altre nostre pubblicazioni per i signori abbonati al "Policlinico,,:

Dott. Prof. PAOLO GAIFAMI
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari

Prontuario di Terapia Ostetrica

Vademecum per il medico pratico.
Prefazione del Prof. ERNESTO PESTALOZZA
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Roma.
Seconda edizione, riveduta e ampliata.

Un volume, in formato tascabile, di pag. XII-314, con 105 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata ed elegantemente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **28**. Per i nostri abbonati sole L. **25,50**, in porto franco e raccomandato.

Dott. Prof. O. VIANA
Direttore della Maternità, Brefotrofio e Scuola di Ostetricia in Verona

Ginecologia e secrezioni interne

Prefazione del Prof. N. PENDE

Un volume in-8° di pagg. VIII-176 (N. 12 delle nostre Monografie medico-chirurgiche d'attualità) nitidamente stampato in carta semipatinata.

Prezzo L. 18. — Per i nostri abbonati sole L. 16,50 in porto franco.

Dott. Prof. R. BOMPIANI
Docente e Assistente nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Roma.

L'età pubere nella donna

Breve saggio di fisiopatologia costituzionale con un'appendice sulle anomalie della mestruazione dalla pubertà all'inizio della vita sessuale.
Prefazione del Prof. Sen. ERNESTO PESTALOZZA.

Un volume di pagine VIII-128, nitidamente stampato su carta semipatinata, con una grafica e 6 figure nel testo. - Prezzo L. **16**. Per i nostri abbonati L. **14,60** in porto franco.

Prof. F. LA TORRE IL FORCIPE

Seconda edizione riveduta e aggiornata dal
Prof. PAOLO GAIFAMI
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari.

Un volume in-8 di pagg. IV-132 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 62 figure intercalate nel testo. — Prezzo L. **24**. Per i nostri abbonati sole L. **21,90** franco di porto.

Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze - Medico principale nelle Ferrovie di Stato.

La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge

(AD USO DEI MEDICI PRATICI)
Seconda edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata.

Un grosso volume di pagine XXIV-1004, nitidamente stampato su carta distinta ed artisticamente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **80**, più le spese postali di spedizione, che agli abbonati è concesso pagare in due rate di L. **40** ciascuna, la prima subito e la seconda alla distanza di tre mesi. Al ricevimento della prima rata di L. **40** si spedisce il volume in pacco postale a porto dovuto.

Coloro che desiderano ottenerlo per sole L. **70** e risparmiare anche la spesa del pacco postale debbono inviare subito Vaglia Postale o Bancario da L. **70** all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - ROMA e lo riceveranno immediatamente franco di porto.

Prof. Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze

La diagnosi medico-legale della "Nevrosi dei traumatizzati,,

(Il rilievo e il significato dei sintomi)
Prefazione del Prof. CESARE BIONDI,
Direttore del R. Istituto di Medicina Legale della R. Università di Siena

Un volume in-8°, di pagine VIII-94 (N. 8 delle Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del «Policlinico») nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **12**. Per i nostri abbonati sole L. **10.90** in porto franco.

Prof. dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di medicina legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze

La perizia nella pratica infortunistica.

(GUIDA PER I MEDICI PERITI)
Prefazione del prof. CARLO FERRAI,
direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Pisa.

Un volume in-8°, di pagg. VIII-79 (N. 9 delle Monografie medico-chirurgiche di attualità), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **10**. Per i nostri abbonati sole L **8,75** franco di porto.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.

ANNO XXXIV Roma, 28 Marzo 1927 Fasc. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

MEDICINA SOCIALE.

Il dispensario antirabico.

Una nuova istituzione di medicina sociale.

Prof. V. PUNTONI,
Vice-Direttore dell'Istituto Antirabico di Roma.

Il metodo Pasteur di vaccinazione contro la rabbia, portò all'istituzione dei noti Istituti antirabici, nei quali viene prodotto il vaccino e vengono praticate le vaccinazioni.

Per le speciali caratteristiche del vaccino Pasteur, e soprattutto per la putrescibilità del materiale che lo costituisce, questo non potrebbe essere utilmente impiegato, senza gravi pericoli, fuori degli Istituti produttori; ed è per tale ragione che dovunque si adotta il metodo Pasteur, le persone morsicate debbono accorrere presso gli Istituti, ed ivi permanere fino al termine della vaccinazione, spesso con grave dispendio ed incomodo.

Anche con la maggior parte degli altri metodi di vaccinazione che sono stati proposti come succedanei al metodo originale di Pasteur, l'impiego del vaccino non può essere utilmente esteso fuori degli Istituti Antirabici, cosicchè essi, sotto questo riguardo, non costituiscono nessun vero progresso rispetto al metodo classico.

Si è tentato, è vero, con alcuni di tali metodi, di diffondere le vaccinazioni fuori degli Istituti Antirabici; ma in realtà i procedimenti erano così imperfetti e si rendevano necessarie tali indaginose manovre per parte dei medici che dovevano eseguire i trattamenti fuori degli Istituti, da non consentire una vasta ed utile diffusione nella pratica, nè tanto meno potevano essere evitati del tutto accidenti ed inconvenienti. È questo il caso della spedizione dei midolli in glicerina col metodo Calmette o col metodo Ferran, o la spedizione del virus essiccato secondo il metodo di Harris; tutti questi procedimenti esigono infatti che il materiale venga triturato ed emulsionato da coloro cui è affidata la vaccinazione, in generale fuori di un laboratorio, e in condizioni che spesso non danno garanzia di sterilità.

I suddetti inconvenienti vengono invece evitati con l'uso dei vaccini antirabici fenicati introdotti nella pratica da Fermi e studiati in seguito da Semple e da Puntoni che ne precisarono le caratteristiche ed i metodi di somministrazione.

Infatti i vaccini fenicati vengono preparati direttamente e completamente negli Istituti produttori, mediante emulsionamento del virus fisso in

una soluzione di acido fenico all'1 %, che rende imputrescibile il prodotto e ne garantisce la sterilità. Il vaccino, così allestito, viene chiuso in fiale saldate alla lampada, e spedito fuori degli Istituti Antirabici e può essere adoperato senza ulteriori manipolazioni, come un qualsiasi prodotto biologico, da coloro cui siano affidate le vaccinazioni.

I vaccini fenicati, introdotti nella pratica per merito di Fermi, nel 1906, vengono oggi impiegati da parecchi Istituti, secondo tre fondamentali metodi d'uso:

1) Il metodo della siero-vaccinazione sostenuto da Fermi stesso, in luogo della vaccinazione semplice;

2) Il metodo della vaccinazione semplice con vaccini fenicati a virus completamente ucciso, sostenuto dal Semple;

3) Il metodo della vaccinazione semplice con vaccini fenicati a virus vivente, somministrati a crescente virulenza, ideato da Puntoni.

Secondo Fermi la siero-vaccinazione sarebbe preferibile agli altri metodi, perchè darebbe risultati assoluti, eliminando qualsiasi insuccesso vero o falso. In altri scritti ho cercato di dimostrare come questo sia un eccessivo ottimismo, e credo di aver sufficientemente provato che la siero-vaccinazione non possiede un'assoluta superiorità sui procedimenti di vaccinazione semplice, così da giustificare la grande complicazione di tecnica ed il peso economico che si richiede per produrre il siero antirabico nel cavallo.

Fra i due metodi di vaccinazione semplice, l'uno, quello dei vaccini morti, vanta la massima semplicità e la fissità del materiale, giacchè il virus fenicato ucciso può mantenersi attivo per mesi; l'altro, quello dei vaccini viventi e graduati, vanta invece, dal punto di vista sperimentale, una maggiore efficacia.

L'uno o l'altro procedimento può quindi esser variamente preferito a seconda delle condizioni diverse nelle quali si deve agire e può riuscire più o meno vantaggioso.

Tuttavia quando l'obiettivo prefisso sia la spedizione del vaccino per eseguire le vaccinazioni fuori degli Istituti, ogni dubbio cessa, ed è ovvio che debba essere preferito il vaccino morto, ancorchè meno efficace di quello vivo, perchè rappresenta un materiale stabile, che non subisce alcuna modificazione per effetto del tempo e delle variazioni di temperatura durante i viaggi.

La minore efficacia dei vaccini fenicati morti rispetto a quelli viventi, potrebbe sembrare, a tutta prima, un serio ostacolo alla loro diffusione nella pratica. Tuttavia per chi consideri che i vaccini fenicati morti risultano — dal punto di vista sperimentale e statistico — superiori al metodo Pasteuriano che pure è tanto diffuso nella pratica; per chi sappia che essi possono essere inoculati senza inconvenienti in dosi molto elevate e quindi fortemente vaccinanti; per chi valuti che la distribuzione di essi in una quantità di centri abitati può facilitare il rapido inizio delle vaccinazioni, evitando i ritardi causati dal dover affrontare lunghi viaggi; apparirà evidente che il loro uso è perfettamente logico ed ammissibile.

Ed ancora bisogna considerare che le notevoli differenze fra i vari tipi di vaccini, dimostrabili sperimentalmente, sembrano attutirsi, in un modo considerevole, nelle applicazioni umane, ove la maggiore o minore efficacia dei diversi vaccini viene per lo più apprezzata con frazioni percentuali.

A proposito della diversa efficacia fra i vaccini fenicati morti e quelli viventi graduati, sebbene essa risulti manifesta ed indubbia nelle ricerche sperimentali sul coniglio, non sembra invece apparire così spiccata nelle vaccinazioni umane. Anche lo scrivente, che pure ha dimostrato ed ha sostenuto il vantaggio dei vaccini viventi graduati di fronte a quelli morti, in seguto ad osservazioni statistiche deve lealmente convenire che non è possibile trasportare nella pratica umana, senza revisione, quelle conclusioni che emergono dalle prove di laboratorio.

Per tutte queste ragioni, ed anche pel desiderio di istituire una grande prova comparativa, lo scrivente, che impiega tuttora i vaccini fenicati viventi e graduati nell'Istituto Antirabico di Roma, non è stato alieno dallo sperimentare i vaccini fenicati morti in vista della necessità di diffondere le vaccinazioni antirabiche in molte città minori ed anche in modesti centri abitati.

Il bisogno di rendere più accessibili le cure antirabiche alle popolazioni di molte Provincie italiane, non soltanto era seriamente sentito per la notevole diffusione che la rabbia ha in Italia, ma si imponeva altresì dopo che il R. D. 30 dic. 1923, n. 2889, ebbe prescritto alle Provincie di provvedere alla vaccinazione antirabica. Il problema non poteva essere facilmente risolto con l'istituzione di altrettanti Istituti Antirabici produttori di vaccino, perchè questi sarebbero stati quasi da per tutto fortemente passivi, e non rimaneva pertanto che organizzare il modo di praticare le vaccinazioni fuori degli Istituti esistenti, con vaccino prodotto da questi.

Per la verità dei fatti, bisogna ricordare che da lungo tempo il Fermi aveva sostenuto questa necessità ed aveva fatto ripetuti tentativi allo scopo di diffondere le vaccinazioni a domicilio, libere dovunque e praticabili da qualsiasi medico.

Senonchè le Autorità Sanitarie italiane si di-

mostrarono contrarie a questo concetto, che non trovò mai la sua applicazione pratica. Secondo il mio modo di vedere, l'avversione delle Autorità Sanitarie per la libera vaccinazione antirabica a domicilio, è pienamente giustificata pel fatto che non è possibile pretendere da tutti i medici pratici quel complesso di nozioni non molto semplici, che deve guidare nelle indicazioni e nella esecuzione delle vaccinazioni antirabiche; senza contare che rendendo liberamente commerciabile il vaccino antirabico, questo sarebbe poi sfuggito a qualsiasi controllo nei riguardi della sua scadenza.

Allo scrivente sembrò di poter conciliare la necessità, dovunque sentita, di rendere più accessibili le vaccinazioni antirabiche alle popolazioni distanti dagli Istituti, con le garanzie reclamate dalle Autorità sanitarie, mediante l'organizzazione di una nuova istituzione di medicina sociale, finora inesistente, e cioè con i *Dispensari Antirabici*.

Nel suo concetto fondamentale un Dispensario Antirabico consiste in un locale da ambulatorio diretto da un medico che abbia compiuto un corso di perfezionamento presso l'Istituto Antirabico di Roma e rifornito di vaccino fenicato dall'Istituto stesso. Il compito del Dispensario è quello di richiamare i morsicati del circostante territorio, di fare una cernita fra i non bisognosi di cura e quelli per i quali essa è necessaria, di curare questi ultimi, e di segnalare i casi di rabbia canina alle autorità sanitarie coadiuvandole nella profilassi.

Nessun compito essi hanno invece nella diagnostica sperimentale della rabbia che può essere affidata ai più vicini laboratori e neppure nella preparazione del vaccino che ricevono già confezionato e pronto dall'Istituto Antirabico di Roma.

Il primo Dispensario venne istituito a Suzzara nel 1923 per la lodevole cooperazione ed iniziativa del dott. Malgarini, Presidente della Congregazione di Carità di quella città; nel 1924 cominciarono a funzionare i Dispensari di Arezzo, Aquila, Livorno e Macerata; nel 1925 si iniziarono quelli di Lecce, Perugia, S. Benedetto del Tronto e Teramo; e finalmente nel decorso anno, 1926, vennero inaugurati quelli di Brescia, Trento, Gubbio, Pescara, Siena mentre parecchi altri ne sono in via di organizzazione in diverse altre città italiane e nelle colonie.

Il numero delle persone vaccinate nei dispensari dalla loro istituzione fino a tutto il 1925, è riassunto nel seguente quadro, ove sono contemplati anche gli insuccessi:

Città ove hanno sede le Sezioni	1923		1924		1925		Totale	
	Vacc	Morti	Vacc.	Morti	Vacc.	Morti	Vacc.	Morti
Arezzo	—	—	53	0	96	0	149	0
Aquila.	—	—	12	0	96	0	108	0
Lecce	—	—	—	—	57	1	57	1
Livorno	—	—	35	0	32	0	67	0
Macerata	—	—	72	0	168	0	240	0
Perugia	—	—	—	—	132	0	132	0
S. Benedetto del Tronto	—	—	—	—	178	1	178	1
Suzzara	8	0	129	0	38	0	175	0
Teramo	—	—	—	—	168	0	168	0
Totale	8	0	301	0	965	2	1274	2

Facendo il computo della mortalità completa essa risulta pertanto di 0,16 % riferibile ai cosiddetti falsi insuccessi. Un tale risultato è stato superiore ad ogni aspettativa, avendo eguagliato quanto è stato ottenuto nell'Istituto Antirabico di Roma ove si adoperano i vaccini fenicati viventi e graduati.

Tuttavia sarebbe prematuro ogni giudizio tratto fin da ora sulla efficacia comparativa dei due tipi di vaccino, occorrendo molti anni di osservazione ed un numero molto maggiore di vaccinati per divenire ad una conclusione definitiva.

Dal punto di vista tecnico, i Dispensari adottano gli stessi criteri che informano le vaccinazioni all'Istituto di Roma, ed a seconda della gravità delle morsicature praticano tre tipi di cura, rispettivamente di 15, 20 e 25 giorni.

Il vaccino fenicato che s'impiega è al 6 % di virus fisso, e viene inoculato nella quantità di 5 cmc. giornalieri (suddivisi in 2 inoculazioni di 25 cmc. ognuna da praticare in una medesima seduta); ma nei casi molto gravi o nei grandi ritardi si può arrivare anche all'inoculazione di 7,5-10 cmc. al giorno (suddivisi in 3-4 inoculazioni di 2,5 cmc. ognuna da praticare in due sedute giornaliere). Pei bambini al di sotto dei 5-6 anni, si impiegano dosi eguali alla metà delle suddette.

Dal punto di vista amministrativo i Dispensari debbono essere autorizzati da speciale decreto del Ministro dell'Interno (Direzione generale della Sanità Pubblica); essi non vengono affidati a medici privati, ma debbono sorgere presso le Amministrazioni Provinciali, Comunali, Ospitaliere ecc., in modo da avere il carattere di una pubblica istituzione.

Per istituire un Dispensario antirabico occorre

quindi che l'Ente interessato, ne rivolga domanda di autorizzazione al Ministro dell'Interno, corredandola dei seguenti documenti:

1) Dichiarazione del medico Provinciale attestante l'idoneità dei locali destinati al funzionamento del Dispensario;

2) Dichiarazione dell'Istituto Antirabico, attestante l'impegno a produrre i vaccini occorrenti pel Dispensario ed a vigilarne la conservazione;

3) Certificato del Direttore dell'Istituto Antirabico attestante il compiuto perfezionamento del medico destinato alla direzione tecnica del Dispensario.

Sulla base di questi documenti viene esteso il Decreto di autorizzazione ed il Dispensario può allora iniziare il suo funzionamento.

In considerazione dell'ottima prova data finora dal Dispensario Antirabico, è da augurarsi che questa nuova istituzione di medicina sociale, sorta in Italia con metodi italiani, abbia in avvenire la più grande diffusione, riuscendo a trasformare radicalmente l'attuale funzionamento degli Istituti Antirabici ed a rendere più accessibile la vaccinazione antirabica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA OTORINOLARINGOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA.

Corpi estranei delle vie respiratorie e digerenti (16 casi).

Prof. FRANCESCO LASAGNA, Direttore.

La percentuale dei corpi estranei delle vie respiratorie e digerenti va aumentando così che da Jackson, Clerf, Matzui, Guisez, Gavello se ne sono elencati qualche centinaio. La loro estrazione è però divenuta la regola anche per i più svariati oggetti e nelle più difficili posizioni con esito di guarigione.

Nei malati che da me furono trattati per l'estrazione di corpi estranei sono occorse le più svariate tecniche di intervento così che la loro descrizione serve ad illustrare chiaramente quali sono le vie da seguirsi dal medico per provvedere *senza nuocere* a tali estrazioni. Per ciascun caso ricordo come si è svolto il fatto della penetrazione, quali sono stati i sintomi immediati e tardivi, i procedimenti di estrazione eseguiti, i risultati ottenuti.

CASO I. — M. E., a. 5, Tizzano.

La p. ha introdotto, giuocando con altri bambini, una moneta da 2 soldi in bocca, poi l'ha inghiottita. Portata alla Clinica dopo tre giorni, con la radioscopia fu constatata la presenza della moneta al 1/3 superiore dell'esofago all'altezza dell'anello cricoideo. Non deglutiva che cibi liquidi facilmente. Si esegue l'estrazione con l'uncino di Kirmisson senza la guida dei R. X.

CASO II. — V. P., a. 3, Palanzano.

Il bambino ha inghiottito da 2 giorni una moneta da un soldo, non può deglutire che a stento dei liquidi. Si procede a tentativo di estrazione con uncino di K. e il soldo passa, come dimostra la radiografia, nello stomaco rapidamente; successivamente viene espulso per via rettale.

CASO III. — M. A., a. 3, Sissa.

Introdusse 8 giorni prima di presentarsi un soldo di vecchio conio in bocca e lo degluti. Si trova colla radioscopia il soldo all'altezza della cricoide e si estrae facilmente con l'uncino di Kirmisson.

CASO IV. — M. P., a. 5, Monchio.

Da 10 giorni ha introdotto per la via orale un piccolo chiodo. Deglutizione normale, tosse stizzosa, dolore al torace D. posteriormente a livello della 7ª costa, febbre a 39°, affanno, espettorazione mucosanguinolenta. Colla radiografia si stabilisce la presenza del chiodo all'imbocco del bronco medio di destra. Si constata contemporaneamente una bronco-polmonite, così che non si può praticare la estrazione. Rimane per un mese degente in Clinica finchè è avvenuta la risoluzione del processo. Si procede alla broncoscopia superiore: ma le abbondanti secrezioni e la tosse impediscono la estrazione. Sopravviene subito un laringospasmo con edema della glottide, tosse violenta ed accessuale che dura per 10 giorni. Si vuole eseguire la estrazione con broncoscopia inferiore ma i parenti si oppongono. Il p. dopo 7 mesi è vivente e sano senza reazioni polmonari.

CASO V. — A. A., a. 1, Collicchio.

Mentre i genitori stavano mangiando del pesce la paziente afferra alcune ossicine, le introduce in bocca, tenta di inghiottirle, ma gli provocano tosse stizzosa seguita subito da dispnea e poi da fenomeni asfittici. Subito portato alla Clinica nella notte, al mattino si presenta semiasfittico, febbricitante, con respiro rumoroso, tosse. Sottoposto alla Radiografia nulla si scopre. Si tracheotomizza e col broncoscopio si arriva fino alla biforcazione dei bronchi dove si scoprono due ossicina che vengono estratte ridando la respirazione normale al p. Si tratta di due vertebre di pesce cartilaginee.

CASO VI. — R. O., a. 4, Torrile.

Il bambino da poche ore ha introdotto in bocca un fagiolo e subito dopo ha cominciato ad essere cianotico, a tossire, ad avere fenomeni di asfissia. La voce è normale, la respirazione sonora e stenotica. Procedo alla tracheotomia e alla broncoscopia inferiore con estrazione di un fagiolo. Sopravviene una bronco-polmonite di cui guarisce in un venti giorni circa.

CASO VII. — P. N., a. 72, Fontanellato.

Nel mangiare della carne di maiale ha inghiottito un osso. Dopo 4 giorni si presenta alla Clinica. Colla radiografia si constata la presenza di un corpo estraneo al 1/3 superiore esofago (giugulo), massa voluminosa disposta col mas-

simo asse orizzontale occludente parzialmente il lume. Si procede alla esofagoscopia e all'estrazione di un osso senza lesioni nè reliquati.

Caso VIII. — A. L., m. 18, Borgo San Donnino. Ha inghiottito da 3 giorni una moneta. La Radiografia dimostra la presenza di questa all'altezza del giugulo. Estrazione con uncino di Kirmisson, con la visione radioscopica.

Caso IX. — G. Z., m. 13, Sissa.
Da poche ore ha fenomeni asfittici dopo avere introdotto in bocca un corpo estraneo. Colla Radiografia nulla si può definire. Si procede alla tracheotomia e alla broncoscopia: si riesce così ad estrarre un fagiolo che si trova alla biforcazione della trachea nel bronco destro.

Caso X. — G. L., a. 26, Trecasali.
Ha inghiottito un osso che le impedisce la deglutizione e le dà dolori. Si procede alla intro duzione di sonda molle che libera l'esofago facilmente del corpo estraneo.

Caso XI. — M. L., a. 41, Colorno.
Nell'inghiottire carne ha introdotto anche un osso che da poche ore provoca disfagia. Si procede a radiografia che fa constatare corpo opaco all'altezza del giugulo: introduco una sonda molle e il corpo discende nello stomaco.

Caso XII. — C. L., a. 14, Parma.
Nel giocare con amici ha introdotto in bocca una moneta da una lira e per colpo violento ricevuto alla nuca la moneta è discesa. Procedo alla Radiografia che fa constatare all'altezza del giugulo la moneta in esofago. Eseguo sotto i raggi X l'estrazione rapida con l'uncino del Kirmisson.

Caso XIII. — S. C., a. 3, S. Lazzaro.
Ha deglutito una moneta da due soldi da quattro giorni. La Radiografia mette in evidenza all'altezza del giugulo la moneta. Estrazione con uncino di Kirmisson sul tavolo di radioscopia: nessun fenomeno postumo.

Caso XIV. — A. R., a. 20.
Ha deglutito uno spillo da poche ore. La Radiografia lo mette in evidenza subito al principio dell'esofago colla capocchia in basso, verticale. Procedo alla esofagoscopia ma lo spillo scorre in basso e passa nello stomaco, come prova la Radiografia, senza ulteriori conseguenze.

Caso XV. — C. G., m. 18, Golese.
Il bambino ha introdotto in bocca una piccola pivetta e questa gli è entrata nelle vie respiratorie provocando fenomeni di asfissia. Eseguita la tracheotomia e l'estrazione, il bambino viene a morte per bronchite capillare acuta dopo due giorni.

Caso XVI. — L. L., a. 2 ½, Noceto.
Ha inghiottito da 24 ore una moneta; la radiografia ne dimostra la presenza all'altezza dell'anello cricoideo: si tratta di un soldo di vecchio conio. Procedo, sotto la indagine radioscopira, alla estrazione coll'uncino di Kirmisson che riesce un po' faticosa essendosi la moneta incuneata ed essendo a superficie ricurva.

Dei 16 casi, quindi, 11 sono delle vie digerenti, 5 delle vie respiratorie.

Dai casi delle vie digerenti risulta dimostrato:

1) l'estrazione delle monete avviene facilmente con l'uncino di Kirmisson quando questo sia usato sotto l'indagine diretta dei raggi X ponendo il paziente sul tavolo radioscopico;

2) le monete possono talvolta nei movimenti dell'uncino di Kirmisson essere facilitate nel loro passaggio nello stomaco;

3) la permanenza anche di alcuni giorni di esse nell'esofago non determina lesioni di grado notevole;

4) il loro punto di arresto è di abitudine all'altezza del giugulo dove esiste restringimento dell'esofago;

5) l'estrazione di corpi estranei a forma irregolari (ossa, pezzi di metallo) è possibile solo mediante la esofagoscopia per evitare lacerazioni e perforazioni;

6) il passaggio di corpi estranei anche acuminati può avvenire attraverso l'esofago senza lasciare tracce;

7) si può facilitare il passaggio nello stomaco di corpi estranei a consistenza media (cartilagini) usando anche una sonda molle;

8) i corpi estranei si trovano nell'esofago specie nella prima età;

9) la disfagia talora esiste solo tardivamente, talaltra non si verifica trattandosi di bambini che si nutrono solo di liquidi.

Per quanto riguarda i corpi estranei delle vie respiratorie risulta:

1) si constatano specialmente nei primi anni d'età;

2) sono di una gravità eccezionale e portano rapidamente a morte;

3) sono diagnosticabili più per i fenomeni asfittici, per la respirazione sonora con rumore di valvola, per la tosse, non sempre colla radiografia. È importante raccogliere esattamente i particolari dell'incidente per stabilire la loro presenza nelle vie respiratorie più che nelle vie digerenti;

4) la estrazione si può eseguire con la broncoscopia superiore, ma è preferibile la broncoscopia inferiore attraverso il foro tracheotomico;

5) i corpi friabili, come i semi, talvolta vengono estratti interi, ma di frequente a pezzi perchè rammolliti dal muco;

6) la penetrazione del broncoscopio nei bambini può determinare nella broncoscopia superiore un edema acuto della laringe che può rendere necessaria una tracheotomia d'urgenza e talvolta fenomeni di laringospasmo pure gravi;

7) la permanenza prolungata di corpi estranei anche metallici nei bronchi può essere sop-

portata senza conseguenze notevoli da parte dell'individuo e del polmone;

8) dopo l'estrazione del corpo estraneo può sopravvenire, specie nei bambini, una forma di edema acuto polmonare causa di morte o può sopravvenire la morte per shock operatorio.

In rapporto poi a quanto è stato praticato da altri in Italia e all'estero per la estrazione di corpi estranei, devo far presente che si abusa dell'esofagoscopio che innegabilmente rappresenta uno strumento più difficile da usarsi di altri apparecchi e che ha bisogno per essere introdotto di anestesia locale e generale.

Se noi invece, specie se si tratta di corpi lisci e particolarmente mobili, è più semplice disporre il p. sul tavolo radioscopico e introdurre l'uncino di Kirmisson od altri strumenti di presa colla guida dei raggi X: altre volte ancora, qualora si constati la poca consistenza del corpo estraneo, si può fare, prima di usare l'esofagoscopio, qualche prova con la sonda esofagea.

Per la estrazione dei corpi estranei dalle vie respiratorie ritengo che quando non ne è precisabile la sede per la sua trasparenza ai raggi X, si debba senz'altro addivenire alla tracheotomia bassa la quale spesso permette da sola la fuoruscita spontanea del corpo estraneo, rende meno pericolosa la broncoscopia evitandosi edema e spasmo laringeo. Talvolta poi è consigliabile definire esattamente la posizione del corpo estraneo mediante la iniezione di jodoleum che si arresterà nel punto stenosato.

DIVISIONE MEDICA
DELL'OSPEDALE SANTA CHIARA - TRENTO.
Prim. dott. R. BEZZI.

Su due casi di linfosarcoma del mediastino

per il dott. MARIO MARTINELLI, assistente.

B. Eufrosina, a. 48, casalinga, da Trento. Nulla nel gentilizio. La paziente mestruò a 16 anni. A 21 andò sposa ad un uomo sano e robusto. Ebbe 8 figli dei quali uno morto a 16 anni di meningite. Non ricorda nessuna malattia degna di nota prima dell'attuale. Nel marzo 1925 incominciò a soffrire di fiacchezza e qualche colpo di tosse. Nell'agosto ebbe un accesso doloroso al torace, con irradiazione alla spalla sinistra, leggera febbre e sudore notturno. Si presentò allora al locale dispensario antitubercolare ove fu sottoposta ad una visita clinica e radiologica col seguente reperto:

Presenta stanchezza, deperimento, tosse secca, dispnea, dolori retrosternali. Reperto bacillare negativo. Respiro aspro in tutti due gli apici, con prevalenza nel destro.

Reperto radioscopico del 5 novembre 1925. Nel campo polmonare destro opacità densa, omogenea a contorni netti, ben definiti, rotondeggiante di forma di segmenti di cerchio colla base confondentesi con l'ombra del mediastino e la convessità dell'arco rivolta all'esterno estendendosi dalla II costa al diaframma e raggiungendo quasi l'ascellare ant. lateralmente.

Radiografia D. A. T. 6 novembre 1925.

Conferma il reperto; dimostra leggero spostamento del cuore a sinistra.

In seguito fu qui inviata sempre colla medesima sintomatologia: prostrazione, febbre, qualche dolore toracico. Non ebbe mai emoftoe nè difficoltà di deglutizione, nè dispnea, nè edemi.

Ricoverata nella sezione chirurgica le fu praticata una puntura esplorativa, senza alcun risultato.

Esame obiettivo del 17 dicembre 1925.

Donna di costituzione scheletrica regolare, con masse muscolari ben sviluppate, cute pallida, mucose visibili, rosee.

Apparato respiratorio: All'ispezione l'emitorace destro appare più espanso del sinistro sia anteriormente che posteriormente. Alla percussione sull'emitorace destro posteriormente si ha ipofonesi, specialmente nella metà superiore, anteriormente ipofonesi nella sopra e sotto claveare, ottusità marcata al disotto della II costa specialmente all'interno dell'emiclaveare. Fremito leggermente aumentato. All'ascoltazione respiro bronchiale lontano sull'apice e su buona parte dell'emitorace anteriore con qualche ronco; respiro aspro nelle altre parti. A sinistra suono polmonare chiaro su tutto l'emitorace con respiro normale. Apparato cardiovascolare: punta del cuore spostata verso sinistra; batte nel V spazio intercostale nell'ascellare anteriore. Lieve soffio sistolico alla punta ed accentuazione del II tono polmonare. Polso ritmico, valido in ambedue le radiali. Non si osservano ectasie vasali nè edemi all'ispezione del torace.

Misure toraciche, circonferenza degli emitoraci:

A sinistra 44 cm. ed a destra 44 a livello del cavo ascellare.

A sinistra 44 cm. ed a destra 45 a livello della media sternale.

App. digerente e addome: lingua umida, mancanza di tutti i denti eccetto gli incisivi inferiori. Addome ben trattabile, indolente, non si palpa nè il fegato nè la milza; non versamento libero.

App. genito urinario: nulla di notevole.

Esame del sangue praticato il 17 dicembre 1925: globuli rossi 3,200,000, globuli bianchi 9100, emoglobina 50 %; polinucleati 84 %, linfociti 4 %, mononucleati 6 %; forme di passaggio 1 %, mielociti 3 %, eosinofili 2 %.

Riassunto del decorso dicembre 25-maggio 1926.

20 maggio. Durante questo periodo la paziente è fortemente deperita nelle condizioni generali; intenso pallore al viso.

Da circa due mesi conati di vomito e leggera dispnea. Non si ebbero mai edemi, nè sputi sanguigni, nè disfonia, nè altri sintomi da compressione, nessuna metastasi ghiandolare.

Apparecchio respiratorio: l'emitorace destro appare leggermente espanso anteriormente ed ivi si disegna un reticolo venoso appena evidente. Posteriormente si ha ipofonesi con leggero aumento del fremito nei due terzi superiori, anteriormente ottusità su tutto l'emitorace destro con diminuzione del fremito. All'ascoltazione si ha posteriormente respiro indebolito nei due terzi superiori, fortemente indeboliti anteriormente.

A sinistra suono chiaro con qualche rantolo consonante, cuore spostato leggermente a sinistra.

Reperto della radiografia eseguita il 10 dicembre. — Nella parte centrale del campo polmonare destro si nota un'ombra abbastanza intensa, omogenea, a limite netto, della forma quasi perfetta di un mezzo cerchio, la cui base si confonde con l'ombra del mediastino, estendendosi dalla III alla V costa, ed arrivando lateralmente colle sommità fino all'ascellare anteriore. Resto dei campi polmonari chiaro.

*
* *

Nell'ulteriore degenza si osserva un progressivo deperimento delle condizioni generali, intenso pallore, prostrazione. Nessuna metastasi ghiandolare, non dispnea, nè tosse, nè sputo ematico. Nessun segno di stasi. Non disturbi alla deglutizione nè disfonia.

Localmente si osserva il progressivo estendersi delle lesioni a destra.

Morta il 19 aprile 1926.

Rep. necroscopico del 20 aprile 1926.

All'apertura della cavità toracica prima di toccare qualsiasi organo si osserva una massa neoplastica che occupa tutto il mediastino anteriormente, estendendosi a sinistra sino al livello delle articolazioni condrocostali, a destra compenetrando il polmone tutto.

La massa è di consistenza dura specialmente nella metà superiore. Il cuore col sacco pericardico appare spostato verso sinistra. Scarso versamento liquido nel cavo pericardico. La massa neoplastica non invade il sacco pericardiaco, ma solo vi aderisce, conglobando i vasi, lasciandoli però pervi. Cuore ingrandito, flaccido con qualche rugosità sul bordo libero della mitrale e placche ateromasiche attorno allo sbocco delle coronarie.

Polmone sinistro aderente all'apice, non è invaso, ma solo un po' respinto di lato dal tumore. Di volume e consistenza normale, senza metastasi nelle ghiandole ilari. Polmone destro aderente tenacemente nelle parti posteriori invaso dal tumore, assieme al quale si estrae.

Il tumore presenta le dimensioni di 17 cm. × 14 cm. × 10 cm. invade il margine polmonare del lobo superiore, lascia libero il lobo medio e l'inferiore.

Al taglio appare biancastro, senza traccie di disfacimento o emorragie. Infiltra senza limite netto il polmone nella parte superiore ove si possono constatare ancora tracce di polmone invaso. Dimostrabile l'origine ghiandolare.

Nulla nel resto della necroscopia.

*
* *

Il caso seguente presentatosi nella divisione medica del nostro ospedale, fu già oggetto di uno studio accurato da parte del dott. Largajolli, studio pubblicato sul *Bollettino Medico Trentino* e nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*.

Crediamo utile riportarlo per le affinità che esso presenta col caso precedente.

A. L., da Trento, falegname, d'anni 48. Nei suoi precedenti famigliari si ha che il padre è morto di tubercolosi polmonare, la madre di marasmo senile. Dei fratelli uno è vivo e sano e uno morì in tenera età.

Dall'anamnesi remota del paziente si può sapere che soffrì di malattie infantili imprecisabili. Nel 1899 ebbe il tifo addominale. Nel 1903 prese moglie dalla quale ebbe 7 figli vivi e sani e mai aborti. Prestò servizio militare per tutta la guerra soffrendo solo nel 1914 di bronchite. Fu poi sano fino alla primavera del 1924. Allora ebbe una bronchite asmatica per cui fu curato per due mesi al locale D. A. T.: aveva tosse, catarro, leggera dispnea e nei primi giorni di giugno per poche mattine sputo sanguigno.

Rimessosi ritornò al lavoro e fu come il suo solito sempre assiduo fino ai 6 settembre 1924: in quel giorno che il paziente ricorda con chiarezza e precisione, improvvisamente mentre attendeva al suo lavoro fu colto da un accesso di tosse violenta con vertigini e mancanza di respiro. Ritornò in cura al D. A. T. La difficoltà di respiro persistette immutata, incominciò inoltre a notare un leggero abbassamento di voce senza raucedine. In questo tempo ebbe pure un dolore alla spalla destra che dopo alcuni giorni però accennò a diminuire tanto che il paziente lo qualificò come reumatismo. Dice di esser molto dimagrito dall'inizio della malattia. Non ebbe mai emoftee, mai edemi. Fu un mediocre bevitore, mai infezioni veneree. Il giorno 15 ottobre 1924 entrò in quest'Ospedale per l'accertamento della diagnosi: non aveva febbre, polso a 110, Wassermann negativa, urina normale.

Nel primo esame obbiettivo fatto ai 13 marzo 1924, quando il paziente si presentò al D. A. T, si ebbe: individuo di costituzione scheletrica regolare, con masse muscolari ben sviluppate, brachitipo, con cute abbronzata e mucose normali, l'apparecchio ghiandolare negativo, non pulsazioni al giugulo, nè altri sintomi cardiaci.

I sintomi polmonari che presentava erano quelli di una bronchite asmatica diffusa con dispnea. Migliorò con la somministrazione di ioduro. L'esame obbiettivo del 6 settembre è il seguente:

Apparecchio respiratorio: ottusità nella sopra e sottoclavicolare di sinistra, smorzamento del fremito nella metà toracica posteriore di sinistra. Su tutto l'ambito polmonare di questo lato si ha indebolimento del murmure vescicolare dal basso verso l'alto fino alla scomparsa. A destra quà e là scarsi sibili.

All'esame radiologico: tutto l'ambito corrispondente al lobo superiore sinistro e a parte dell'inferiore è opaco; la parte inferiore del lobo inferiore sinistro è chiara; non versamento alla base, diaframma scarsamente mobile. Cuore e mediastino spostato a destra di due dita.

L'esame dello sputo dà traccie di sangue; le fibre e i bacilli sono assenti.

All'esame obbiettivo eseguito dopo il suo ingresso in ospedale il 20 ottobre 1924 si ebbe il seguente reperto:

Individuo di costituzione scheletrica regolare, pletorico, una ghiandola della grandezza di una nocciola mobile, dura indolente nella regione sterno cleido mastoidea. Voce velata.

Apparecchio respiratorio: all'ispezione l'emitorace sinistro specie anteriormente è più espanso

del destro. Sotto i colpi di tosse si ha un evidente protrusione della fossa sopraclavicolare sinistra; alla palpazione posteriormente a sinistra il fremito è ancora leggermente percettibile nella zona sopra spinata, più in basso per una striscia di 4 dita è abolito per farsi poi di nuovo percettibile verso la base del polmone; a destra è presente anzi un po' rinforzato in alto.

Anteriormente molto diminuito a sinistra. Alla percussione: a sinistra posteriormente uno smorzamento del suono dall'apice fino alla punta della scapola, senza avere però una resistenza assoluta, più in basso suono chiaro, anteriormente ottusità molto più marcata che posteriormente, arrivante dall'apice fino ad una orizzontale tirata a livello del capezzolo. A destra su ogni lato suono chiaro. All'ascoltazione a sinistra posteriormente respiro assai indebolito in alto con qualche sibilo, più sotto nella zona ove manca il fremito anche il respiro è quasi scomparso; anteriormente quasi completa abolizione del murmure e qualche lontano sibilo espiratorio. A destra posteriormente respiro un po' aspro con espirazione prolungata e sibili prevalentemente espiratori; anteriormente idem.

Apparecchio circolatorio: cuore spostato verso destra, margine destro quasi sulla parasternale, itto non palpabile, non palpabili pulsazioni al giugulo; polso 120, ritmico, un po' debole, uguale su tutte due le radiali.

Esame radioscopico: a sinistra opacità abbastanza intensa tal che lascia però intravedere l'ombra delle costole, uniforme che arriva fino al livello dell'inserzione sternale della quarta costa.

L'opacità in basso sfuma in una zona di parenchina chiaro. A destra velo all'apice. Il margine destro del cuore deborda di tre dita dalla marginale dello sterno. Deviazione della trachea.

L'esame obbiettivo dell'8 novembre 1924 è modificato in questa maniera: L'ammalato è completamente afonico, non ha disturbi della deglutizione, però è dimagrito, ha le mani leggermente cianotiche. La ghiandola cervicale non è aumentata di volume.

Apparecchio respiratorio: a destra persiste l'enfisema polmonare con sibili espiratori. A sinistra posteriormente si ha che la zona di smorzamento del suono si è estesa, sempre rimanendo però in basso una zona chiara, dove ancora si può sentire il respiro indebolito e con sibili espiratorii; anteriormente ottusità occupante tutto l'ambito polmonare con notevolissimo indebolimento del murmure e qualche sibilo.

Diascopia toracica: campo polmonare sinistro opaco fortemente ed uniformemente per tutta la sua estensione, non si distingue l'ombra delle coste. Il seno complementare appare un po' chiaro. Cuore spostato verso destra arriva col suo margine destro a tre dita dalla papilla destra.

Esame obbiettivo dei 25 novembre 1924. — Il paziente comincia ad avvertire disturbi nella deglutizione con senso di arresto del cibo, l'afonia è totale sempre, la dispnea piuttosto avanzata, sputo mucoso. Nel campo polmonare mentre a destra si ha la persistenza dell'enfisema con sibili in- ed espiratori, a sinistra l'ottusità ha compreso tutto l'ambito del polmone, il diaframma è immobile. Più accentuato lo spostamento del cuore. Dopo di allora il paziente continua a peggiorare, è fortemente dimagrito, dispnoico, ed ai 24 dicembre 1924 si hanno i primi accessi di soffocazione. La ghiandola del collo è aumentata di volume, bernoccoluta non aderente alla pelle. Si ha lo spostamento più marcato del mediastino verso destra tanto da avere smorzamento del suono sulla paravertebrale e sulla parasternale. Il polso però si aggira sempre fra i 100 e i 120, mai rallentato. Mai vomito. Finalmente il 13 gennaio 1925 avviene la morte per paralisi cardiaca.

Reperto necroscopico: Organi toracici: calcificazione delle cartilagini costali; spostamento del cuore verso destra, fino alla emiclaveare destra, modico versamento siero-fibrinoso nel pericardio; la massa tumorale circonda superiormente il pericardio infiltrandolo ed abbraccia pure i grossi vasi e i bronchi aderendo all'orecchietta sinistra e alla polmonare.

Cuore: ventricolo sinistro flaccido, con chiazze di ateromasia sull'intima dell'aorta, modica ipertrofia del ventricolo destro; non vizi valvolari.

Polmone sinistro trasformato in un blocco compatto aderente tenacemente alla pleura, e aumentato di volume e specie in senso antero-posteriore, duro; solo inferiormente esiste una piccola zona di polmone compresso ed in parte atelettasico; ancora riconoscibile la fessura interlobare.

Le glandole ilari costituiscono una massa neoplastica grossa come un pugno e che circonda vasi e bronchi e restringe specialmente il lume della polmonare non quello dell'aorta. La massa neoplastica ilare presenta al taglio i caratteri di un sarcoma, di aspetto biancastro senza zone di disfacimento, con qualche chiazza di pigmento. Dalle ghiandole il tumore si continua nel tessuto polmonare che infiltra senza limiti netti invadendolo tutto. La struttura polmonare è completamente scomparsa solo nella parte corrispondente al lobo inferiore; si trova un po' di tessuto areato.

Nelle sezioni fatte nella parte sternale del polmone il tumore è più progredito che in quello verso la parte dorsale. Non vi è corrosione di vasi.

Si osservano delle infiltrazioni neoplastiche lungo il decorso della carotide sinistra.

Polmone destro libero da aderenze, enfisematico, presenta due metastasi della grandezza di un pisello sulla faccia fra lobo medio e inferiore; qualche noduletto neoplastico intrapolmonare.

Organi addominali: peritoneo liscio e lucente, qualche metastasi già in disfacimento nelle glandole retroperitoneali.

Fegato: ingrossato con metastasi della grandezza di una lenticchia sulla faccia anteriore che posteriore. Degenerazione torbida. Qualche nodulo anche nell'interno.

Milza: ingrandita, con scarsa polpa, senza metastasi.

Il preparato microscopico dà i caratteri del linfosarcoma.

In tre anni e mezzo ebbi occasione di constatare 5 casi di tumore — in senso lato — del mediastino, in pazienti ricoverati nella divisione medica dell'Ospedale di Trento.

Di questi i due casi sopra esposti sono quelli che presentano il maggior interesse, sia dal lato clinico che dal lato anatomo patologico e che perciò possono portare un qualche contributo alla statistica ed alla sintomatologia dei tumori mediastinici.

Avemmo per di più la fortuna di poter seguire i due casi dal loro primo inizio fino alla necroscopia, trovandoci perciò nella migliore condizione per poterli osservare.

Dal punto di vista clinico riscontriamo in ambedue i casi inizio con sintomi polmonari vaghi sia subiettivi che oggettivi (tosse, dispnea, dolori toracici), che in seguito andarono quasi più attenuandosi che aggravandosi forse per un fenomeno di adattamento degli organi endotoracici. Scarsi sia nell'uno che nell'altro caso i fenomeni di compressione a carico dei nervi che dei vasi che dell'esofago, vaga la sintomatologia fisica e sicuramente non caratteristica.

Il quadro radiologico e radioscopico ci dava invece in ambedue i casi un quadro caratteristico che nel primo caso era addirittura tipico: l'ombra intensa a segmenti di cerchio con larga base confondentesi con l'ombra mediastinica e la linea esterna a convessità nettamente evidente e distinta dal resto del polmone. Successivamente l'ingrandimento dell'ombra verso la parte centrale del polmone risparmiando l'apice e la base.

Anatomo-patologicamente infine ci resta a far rilevare in ambedue i casi la relativa lentezza nel decorso, la tendenza del tumore ad estendersi verso uno solo dei polmoni dando scarsa invasione del polmone stesso, la poca tendenza alle metastasi ed ai fenomeni degenerativi. Questi fenomeni che abbiamo rilevato in ambedue i casi ci fanno porre questi tumori fra quelli meno maligni della loro categoria.

☛ *Interessante pubblicazione:*

Dott. Prof. ERIBERTO AIEVOLI
libero docente di Patologia, Clinica e Semeiotica Chirurgica nella R. Università di Napoli

Quesiti di Patologia Clinica e Terapia Chirurgica

AD USO DI STUDENTI E MEDICI PRATICI
468 Risposte illustrate da 300 figure

INDICE SISTEMATICO: Quesiti sui processi chirurgici microbici-infiammativi; Quesiti sulle lesioni traumatiche; Quesiti sulle Ernie; Occlusioni interne; Appendicite; Quesiti sui tumori; Quesiti sulle distrofie e le deformità; Quesiti complementari; Quesiti di fisio-patologia chirurgica; Quesiti di fisio-terapia; Avvelenamenti e pronto soccorso.
Un volume in-16 grande, di pagine VI-426, elegantemente rilegato in piena tela L. **28** più le spese postali di spedizione ed imballaggio. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **27.25** franco di porto e raccomandato.
Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

COMMENTI.

Osservazioni a proposito di recisione e scollamento manuale di aderenze pleuriche.

Dott. GIUSTO LUZZATTO-FEGIZ, Davos.
1° assistente nel Sanatorio Guardaval.

Al recente Congresso di Medicina interna, venne da uno dei Relatori, il prof. Leotta, proposto un metodo chirurgico di recisione delle aderenze pleuriche a cielo scoperto, il quale di fronte agli altri metodi esistenti per liberare il polmone pneumotoracizzato dalle aderenze che ne impediscono il collasso completo, presenterebbe meno pericoli ed un più alto percento di risultati favorevoli. Il metodo più noto ed ormai universalmente adottato, è quello di Jacobaeus, metodo il quale permette di riconoscere le aderenze pleuriche attraverso il toracoscopio, e di sezionarle, sotto la guida di questo istrumento, mediante un lungo galvanocauterio. Questo metodo, secondo il Leotta, andrebbe congiunto ai pericoli dell'embolia gassosa, dell'emorragia e dell'empiema. Il metodo dal Leotta proposto come nuovo sarebbe invece scevro da tali gravi complicazioni. La comunicazione del Clinico di Bari diede al prof. Solieri lo spunto per un articoletto comparso sulle colonne di questo giornale, nel quale si rivendica la priorità del metodo al Paternoster che ha proposto e fatto eseguire anteriormente al Leotta un intervento consistente nel distacco manuale dei foglietti pleurici aderenti, attraverso una breccia toracotomica che a pneumolisi finita viene chiusa. Quindi secondo il prof. Solieri bisognerebbe chiamare questo intervento « Operazione di Paternoster » e non già « Operazione di Leotta ».

Tutta questa controversia poggia su basi incsatte e su malintesi: mi sia perciò concesso di aggiungere alla polemica queste brevi osservazioni.

Anzitutto non è chi non veda come negli interventi proposti dal Leotta e dal Paternoster, si tratti di due operazioni per le quali le indicazioni sono essenzialmente differenti. Il Leotta propone di recidere le aderenze pleuriche mediante il galvanocauterio o colla forbice tra due legature, previa ampia incisione delle parti molli in corrispondenza di uno spazio intercostale. Con questo metodo si possono recidere naturalmente soltanto aderenze filiformi, cordoniformi o membranose. Il metodo può quindi venir contrapposto al ben noto procedimento dello Jacobaeus. Viceversa l'intervento proposto dal Paternoster, trattandosi di una estesa pneumolisi manuale per vaste aderenze in superficie o ad-

dirittura per sinfisi pleurica totale, verrebbe a rimpiazzare non già una Jacobaeus, che non sarebbe effettuabile in simili condizioni, bensì una toracoplastica extrapleurica. La controversia va quindi posta nei termini seguenti:

Operazione di Leotta o toracocaustica alla Jacobaeus?

Operazione di Paternoster o toracoplastica extrapleurica?

Anzitutto per la verità è doveroso rilevare che la sezione di aderenze pleuriche a cielo scoperto, non è cosa nuova. L'intervento proposto dal Leotta è stato eseguito in passato da parecchi autori, fra i quali ricordo: Jessen, Saugman, Rowsig e Sauerbruch. I risultati furono poco incoraggianti per non dire disastrosi. Per tale ragione i metodi a cielo scoperto sono stati abbandonati da tutti, e non credo che vi sia un tisiologo che lo rimpianga. Basta aver eseguito alcune toracoscopie in portatori di pneumotorace per potersi persuadere delle condizioni precarie della pleura anche in pneumotoraci secchi. Infatti molto più spesso di quanto si creda si possono riconoscere sulla pleura parietale degli ammassi di tubercoli: aprire col bisturì un cavo pleurico in simili condizioni, equivale pressapoco all'incisione di un ascesso freddo, cosa che ogni chirurgo cerca per quanto possibile di evitare.

I pericoli della Jacobaeus lamentati dal Relatore sono in parte insussistenti, in parte esagerati. L'embolia gassosa è una complicazione che non trovai mai menzionata nei numerosi lavori da me consultati (Jacobaeus, Unterricht, Gehrcke, Ulrici, Schröder-Michelsson). Nei numerosi interventi ai quali ebbi personalmente occasione di assistere (uno eseguito da Jacobaeus, 3 da Gehrcke, una trentina circa dal mio Direttore dott. G. Maurer) non ebbi mai ad osservare una simile complicazione. Lo stesso vale per le tanto temute emorragie: un solo caso di emorragia mortale mi è noto dalla letteratura. Piccoli stillicidii sanguigni che si possono osservare durante l'atto della resezione di aderenze, cessano da sole colla retrazione dei monconi. L'empiema è dovuto a perforazione di caverne, complicazione questa che si può evitare rispettando le vaste aderenze in superficie o troppo corte e maneggiando il galvanocauterio con prudenza.

I risultati della Jacobaeus, che si possono calcolare in 50 % di risultati positivi in cifra tonda (caduta della febbre, perdita dell'espettorato bacillifero) e la relativa innocuità dell'intervento se praticato da persona esperta, non giustificano tentativi come quello del Leotta. Il procedimento che questo autore vuole inaugurare non rappresenta quindi un progresso nel trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare: ad esso non potrà arridere migliore fortuna degli infruttuosi tentativi di altri autori.

Poche parole sulla cosidetta operazione di Paternoster. Questa, come già dissi, vorrebbe soppiantare la toracoplastica extrapleurica (le sinfisi pleuriche estese rappresentano infatti l'indicazione ideale per interventi toracoplastici). Ma mentre nelle classiche operazioni di Brauer o di Sauerbruch una delle maggiori cure del chirurgo dev'essere l'evitare rigorosamente l'apertura del cavo pleurico, nell'operazione proposta dal Paternoster si viene a produrre artificialmente e vorrei dire brutalmente una cavità la quale, per essere comunicante coll'esterno e per la facilità di lacerazioni manuali di caverne, rappresenta un terreno favorevolissimo per l'insorgenza di quegli empiemi tubercolari con associazioni microbiche, che sono l'incubo di ogni tisiologo. Oltre a ciò lo shock operatorio non è per nulla inferiore a quello della toracoplastica, come dimostra il rapido decesso del malato fatto operare dal Paternoster.

È da augurarsi per il bene dei nostri pazienti, che un simile intervento non venga più tentato Sarebbe voler mettere a repentaglio la vita di infermi che con una toracoplastica eseguita in luogo adatto e da mani esperte, potrebbero essere quasi sicuramente salvati.

Davos, febbraio 1927.

CONFERENZE.

Orientamento del medico pratico di fronte a uno stato comatoso.

(HOLLER. *Wien. Klin. Woch.*, 1927, n. 3).

Intendiamo per coma la perdita della coscienza. L'A. giustamente ritiene utile richiamare alla mente del pratico, sia pure in modo succinto, i vari momenti diagnostici e diagnostici differenziali dei vari stati comatosi.

Due grandi gruppi di malattie sono causa di coma. Al primo appartengono le malattie cerebrali propriamente dette, primitive, al secondo le cerebropatie secondarie, tossiche. Questo secondo gruppo si può dividere in due sottogruppi, a seconda che le sostanze tossiche siano endogene o esogene.

Al primo gruppo appartengono le malattie dei vasi della cavità cranica, le flogosi del cervello e delle meningi, i tumori cerebrali.

L'*emorragia cerebrale* è causa di perdita improvvisa della coscienza. Segue monoplegia o emiplegia a seconda dell'estensione dell'emorragia. L'aspetto dell'apoplettico è caratteristico

per il viso congesto; più difficile è il rinvenire la causa dell'emorragia (arteriosclerosi, ipertensione, lues, diatesi emorragiche, aneurismi micotici da endocardite acuta nei giovani, ittero emorragico). Difficile è la diagnosi differenziale con *l'embolia cerebrale*: basarsi sopratutto sulla mancanza dei segni di congestione e sulla ricerca della trombosi primitiva.

Più gradualmente insorge il coma nella *trombosi cerebrale;* fenomeni pregressi (cefalea, vertigini) sono sempre da ricercarsi nell'anamnesi. Anche l'arteriosclerosi, l'ipertensione, gli aneurismi delle arterie cerebrali, possono, senza provocare emorragie, per lo meno apprezzabili, esser causa di comi, talora ripetuti.

Emorragie meningee abbondanti inducono il coma. La diagnosi si basa sulla flaccidità delle estremità del lato affetto, sulla rigidità delle estremità del lato sano nonchè sull'indebolimento del respiro dal lato opposto a quello della lesione. La puntura lombare che dia esito a sangue ci illuminerà non poco, ed escluderemo un'emorragia cerebrale con inondazione del III ventricolo tenendo presenti gli altri sintomi. Non dimenticare la possibilità di una pachimeningite emorragica (lues o alcoolismo nell'anamnesi), e di un trauma cranico (anamnesi, sintomi pregressi di irritazione). Una *congestione passiva* cerebrale (enfisema, pertosse) può causare perdita della coscienza.

Tra gli stati infiammatori e degenerativi cerebrali si annovera *l'encefalite epidemica*, specie nella forma fulminante, come causa di coma rapidamente insorgente con febbre, cefalea, vertigini, *l'ascesso cerebrale, la lues cerebri, l'encefalite saturnina.* E uno stato comatoso può insorgere nelle *meningiti*: purulenta, epidemica, tubercolare, sierosa (ricercare il Kernig, la rigidità nucale, esaminare il liquor, nel quale troveremo un modico aumento di cellule in caso di encefaliti, un forte intorbidamente dovuto a polimorfonucleati nelle meningiti purulente ed epidemiche, un lieve intorbidamento nella meningite tubercolare, con linfocitosi e reticolo; quasi sempre in ogni caso iperalbuminosi).

Il coma nei *tumori cerebrali* è quasi sempre dovuto a emorragie dei vasi dei neoplasmi stessi.

I principali comi da intossicazione endogena sono il *diabetico* e *l'uremico.* Nel primo i sintomi che guidano alla diagnosi sono il respiro stertoroso, l'alito acetonico, il colorito rosso delle guancie, l'epigastralgia provocata, il meteorismo, l'iperglicemia, la presenza di corpi chetonici nelle urine.

Nel secondo, abbiamo due forme: l'eclamptica (nelle nefrosi principalmente) e l'azotemica o astenica (specie nelle nefriti). Nell'uremico vi è pallore, le pupille sono ristrette, l'alito urinoso, vi è iperazotemia, ipertensione, la retinite caratteristica, l'albuminuria.

Nell'atrofia acuta del fegato, nell'avvelenamento da fosforo, negli episodi acuti degli stadii terminali delle cirrosi, insorge talora il *coma epatico;* per la diagnosi ricercheremo un'eventuale epatopatia, o l'ittero presente richiamerà sul fegato la nostra attenzione. Se manca l'ittero, la diagnosi è assai difficile; bisogna pensarci, ricercare la leucina e tirosina nelle urine e fare la prova del galattosio.

Facilmente un'*insufficienza surrenalica acuta* provoca il coma, con delirio, crampi, collasso, diarrea, eventuali emorragie cutanee.

L'*edema cerebrale* è spesso causa di coma, qualunque ne sia l'origine (mixoedema, edema acuto di Quincke, eclampsia gravidica secondo l'A.

Il *cuore* malato (a parte l'embolia cerebrale nell'endocardite) può ingenerare perdite di coscienza (sindrome di Adams-Stokes).

Nelle *forti anemie*, segnatamente emolitiche, insorge talora il coma, e così nelle anemie perniciose. In un caso dell'A., fu diagnosticata un'atrofia acuta del fegato in un malato in coma affetto invece da ittero emolitico.

Nei vari *avvelenamenti* abbiamo stati comatosi. Ne son causa i *narcotici* (morfina e derivati, cloroformio, etere, veronal), l'*acido cianidrico* (avvelenamenti da mandorle amare) il gas-luce, l'ossido di carbonio (ricerche spettroscopiche), il botulismo (avvelenamenti collettivi, sintomi simili all'avvelenamento da atropina).

Infine tutte le *malattie infettive acute* possono causare uno stato comatoso, e così dicasi della *insolazione* e della *corrente elettrica* ad alto potenziale.

GARRONE.

☛ *Importante pubblicazione:*

Prof. dott. C. P. GOGGIA

Formulario ragionato di Clinica Medica Terapeutica

(5ª edizione nuovamente riveduta ed ampliata) con 32 figure nel testo.

SOMMARIO. — Parte Prima: Nozioni preliminari sull'uso dei rimedii. — **Parte Seconda:** Prontuario ragionato dell'azione farmaceutica dei principali medicamenti. — **Parte Terza:** Formulario ragionato e formule varie. — **Parte Quarta:** Tabelle posologiche. — **Parte Quinta:** Terapia dietetica. — **Parte Sesta:** Tecnica Terapeutica. — **Parte Settima:** Acque minerali, Bagni di mare e climi. — **Parte Ottava:** Terapia pratica. — **Appendice:** Esame dell'urina. — **Indice alfabetico.**

Un volume in-16, di pagine XV-851, rilegato in tela. In commercio L. 35 più le spese postali di spedizione e imballaggio. Per i nostri abbonati sole L. **33,25** in porto franco e raccomandato.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

TUBERCOLOSI.

Il virus tubercolare filtrante e le nuove idee acquisite sulla eredità tubercolare.

(ARLOING et DOUFOURT. *Presse Méd.*, n. 2-5, gennaio, 1927).

Nel 1925 dopo che Calmette, Valtis, Nègre e Bouquet, stabilirono la realtà del passaggio delle forme filtranti ottenute partendo da un'ascite sperimentale della cavia, attraverso la placenta di cavie in gestazione, gli AA. poterono portare un altro fatto confermativo, ma ottenuto con un filtrato di lesioni umane.

Diressero allora le ricerche sul bambino nato da madre tubercolosa e nel 1926 poterono presentare la prima prova indiscutibile con una bambina nata nel VII mese, da madre affetta da tbc. polmonare avanzatissima, morta al 55mo giorno di vita senza fenomeni speciali e senza causa apparente in cui l'autopsia accuratissima non permise di rivelare traccie d'una infezione tubercolare, ma b. di Koch furono rintracciati in numerosi strisci d'organi e, unico fra i vari filtrati, il filtrato di gangli mesenterici, determinò dimagramento e cachessia nelle cavie inoculate.

Posteriori ricerche di Calmette, Valtis e Lecomme su nove bambini e feti nati da madri tubercolose dimostrarono in 3 bacilli all'esame diretto e tutti, nei visceri e nei gangli mesenterici, avevano elementi virulenti che inoculati nelle cavie provocarono quasi costantemente la comparsa di B. acido-resistenti nei vari gruppi glandolari.

Couvelaire dopo questo lavoro ha studiato il divenire del neonato proveniente da madre tubercolosa ed ammette la trasmissione transplacentare del virus tubercolare filtrante senza lesioni anatomiche specifiche come meno eccezionale della tubercolinizzazione vera intrauterina con lesioni tipiche e cita fatti di progressiva denutrizione conchiusisi con morte inesplicabile in cui il filtrato di gangli e visceri ha bacillizzato i gangli della cavia.

Acquisita questa cognizione non bisogna però ritenere come votati a morte più o meno prossima tutti i bambini che nati da madre tubercolosa hanno ereditato il virus filtrante. Le esperienze degli AA. mettono in evidenza la variabilità della virulenza che accanto alla forma caseosa e alla forma cachetizzante con infezione linfatica bacillare può determinare una forma di tubercolinizzazione efimera, in cui le cavie sono portatrici temporanee del virus tubercolare filtrante, come pure la sensibilità di questo virus agli agenti fisici come la elettricità e specialmente la luce ultravioletta che l'attenua in modo molto spiccato.

Altro fenomeno importante è che mentre le cavie inoculate col bacillo di Koch normale o con prodotti patologici non filtrati presentano l'intradermo-reazione con diluizioni 1%, quelle inoculate col filtrato manifestano la reazione solo con diluizioni 1/50 e sempre in maniera meno intensa.

Inoltre le esperienze degli AA. portano a considerare l'allergia tubercolare non come un fenomeno definitivo ed immutabile potendo invece, quando viene determinata dal virus tubercolare filtrante labile, essere solo transitoria.

In base alle nozioni esposte gli AA. furono portati ad esaminare il comportamento delle cavie inoculate nel momento della loro nascita con vari ceppi di virus tubercolare filtrante, tendando così di mettersi in condizioni se non equivalenti almeno paragonabili a quelle di bambini che avessero ereditato il virus.

I risultati furono vari. Alcuni animali si svilupparono normalmente senza presentare disturbi apparenti, altri dopo un ritardo nello accrescimento ponderale tornarono rapidamente alla norma col crescere dell'età: la intradermoreazione con tubercolina concentrata dimostrò in questi un periodo di varie settimane di reazione positiva ed all'autopsia non furono riscontrati nè i bacilli, nè lesioni specifiche nei gangli, in altri ancora si ebbe un dimagrimento progressivo, cachessia e morte in due o tre mesi e nei gangli si riscontrarono numerosi bacilli.

I fatti sperimentali sono così perfettamente simili a quanto dimostra la clinica umana: alcuni neonati non presentano nessuna manifestazione, altri soltanto un ritardo nell'accrescimento, altri ancora diventano ipotrofici, atrepsici e muoiono con la sindrome di denutrizione progressiva descritta da Couvelaire: il microscopio rivela bacilli nei gangli e l'inoculazione dimostra il virus filtrante.

Così concepita l'eredità tubercolare dissipa alcune oscurità ed apporta elementi nuovi di discussione. Verrebbe così messo in evidenza:

1) che nella specie umana una madre tubercolosa può trasmettere per via transplacentare al feto il virus tubercolare filtrante;

2) che negli stati di ipo ed atrofia dei nati da madre tubercolosa ve ne sono alcuni imputabili alla trasmissione di questo virus;

3) che accanto alle due varietà di virus già descritte ve ne è una terza costituita dal virus filtrante labile e temporaneo il quale si rende

manifesto con una allergia efimera dimostrabile mediante cutireazione con tubercolina in soluzione più concentrata di quella comunemente in uso. Questo virus scompare in un periodo di tempo variabile;

4) che la inoculazione ad animali neonati di queste varietà di virus dà risultati che variano con la varia virulenza dei singoli tipi.

I fatti sperimentali presentano coi dati clinici una somiglianza perfetta.

PALLADINI.

Le reazioni tubercoliniche nel reumatismo articolare e nell'eritema nodoso.

(L. MAGNI. *Riv. Clinica Pediatrica*, fasc. 1, genn. 1927).

Le malattie in cui la reazione tubercolinica dà una elevata percentuale di negatività sono il morbillo (Von Pirquet), le malattie infettive acute (tifo, polmonite, difterite ecc.), le malattie di fegato e gli itteri (Nöel, Fiessinger, Brodin), la linfogranulomatosi (Brusa).

Il Magni ha ricercato la reazione tubercolinica nel reumatismo articolare cronico e subcronico, mercè la cutireazione, l'intradermoreazione secondo Mantoux e l'iniezione sottocutanea di tubercolina.

Le ricerche sono state condotte su 113 bambini con forme reumatiche a lungo decorso; le reazioni sono state negative in una percentuale del 79,1 %. Questa manifesta anergia ha un valore maggiore, se si considera che l'età dei pazienti era tra i 6 ed i 12 anni, epoca in cui la positività della cutireazione è molto elevata, raggiungendo l'87,7 % secondo Marfan, il 43,14 % secondo Dina e Calcaterra.

Inoltre tutti i pazienti presentavano tare tubercolari, sia dal lato familiare, sia per presenza di adenopatie o di focolai calcificati, con ili e tralci, riscontrati radioscopicamente.

Tutti i bambini, eccetto la forma reumatica, conservavano un discreto stato di nutrizione generale; quindi non si può invocare la cachessia come fattore dell'anergia tubercolinica, nè la forma acuta dell'infezione, perchè il reumatismo era a carattere cronico o subcronico.

Tutte queste condizioni giustificano l'ipotesi che il reumatismo ad andamento protratto, produca una particolare ipoergia, che può giungere fino all'anergia per la tubercolina.

Le teorie per spiegare la reazione della cute a dosi minime di tubercolina sono numerose, ma tutte poco convincenti. Il Magni crede più accettabile l'ipotesi d'una particolare disposizione della cute e dei tessuti a reagire agli stimoli flogogeni in genere, ed a quelli bacillari in ispecie. Questa facoltà sarebbe esaltata in modo speciale nei tubercolotici, per un'aumentata sensibilità del sistema nervoso parasimpatico (Culh).

La tubercolina in questi soggetti agirebbe producendo una reazione vasomotoria nella cute, ed una reazione nel focolaio morboso: reazione generale e focale.

Sotto questo punto di vista, la reazione alla tubercolina non è nè un fenomeno di immunità umorale, nè di immunità cellulare, e neppure un fenomeno anafilattico, ma una speciale condizione della cute, del sistema nervoso vegetativo e del sistema capillare.

Si deve pertanto considerare il reumatismo come una infezione che riduca al minimo la facoltà della cute a reagire agli stimoli flogogeni in genere, ed a quelli tubercolinici in ispecie.

La comparsa d'un eritema nodoso, durante il corso del reumatismo, modifica la reazione tubercolinica da negativa in positiva.

Benchè i casi di eritema nodoso non siano da considerarsi di origine tubercolare, ma prodotti da un virus ignoto, bisogna ammettere che l'eritema nodoso possa rompere lo stato di anergia e produrre uno stato di sensibilità speciale della cute e dei tessuti a reagire agli stimoli flogogeni, provocando reazioni tubercoliniche rapide ed intense.

I pochi casi di reumatismo con reazione positiva (20,9 %) sono giustificati o dall'inizio troppo recente del reumatismo, o da gravi lesioni tubercolari, oppure da forme reumatiche che potevano essere considerate come reumatismo tubercolare nel senso di Grocco-Poncet.

CARUSI.

AFFEZIONI ADDOMINALI.

La sindrome dei tre dolori addominali.

(G. DURAND. *Bulletin Médical*, 1927, n. 5).

È molto frequente una sindrome costituita essenzialmente dalla coesistenza di fenomeni dolorosi alla metà destra dell'addome con sede in tre regioni: epigastrio, ipocondrio, fossa iliaca, in relazione rispettivamente al duodeno, alla cistifellea, all'appendice e al cieco.

Le condizioni nelle quali i fatti si presentano in pratica possono schematicamente riportarsi a tre categorie di casi:

a) affezioni di uno dei tre settori con sintomi più o meno di partecipazione degli altri due;

b) forme cliniche complesse nelle quali si ha sovrapposizione di manifestazioni morbose o malattie associate di due settori con sintomi secondari sul terzo;

c) casi nei quali la sintomatologia confusa è dominata dalla dolenzia diffusa di tutta la metà destra dell'addome, ma con centri d'iperestesia massima a livello delle zone cistifellica, solare e iliaca destra.

Nella prima categoria che comprende i casi meno frequenti prendono posto:

1) L'*ulcera duodenale* non complicata o complicata da periduodenite, con sintomi o segni biliari, e sintomi colitici o tiflocolitici, che possono anche precedere le prime manifestazioni dell'ulcera.

2) La *colecistite cronica*, litiasica o non, con i suoi sintomi gastrici o solari e dall'altra parte con indolimento spontaneo o provocato della fossa iliaca destra (dolore riflesso ceco-appendicolare).

3) La *tiflite* e l'*appendicite* cronica complicata con segni d'infezione lenta delle vie biliari e con quelli dell'iperestesia solare quasi costante.

Nella seconda categoria, che comprende le forme cliniche di sovrapposizione delle manifestazioni morbose reciproche o anche le malattie di due settori con sintomi secondari del terzo, prendono posto:

1) Le associazioni *appendicite-colecistite* e *tiflite-colecistite* con manifestazioni alternanti o simultanee: la solaralgia costituisce il terzo polo doloroso.

2) L'associazione molto frequente dell'*appendicite cronica* con l'*ulcera duodenale*, che sembra essere conseguenza della prima. V'è inoltre la *periduodenite d'origine appendicolare* con irradiazioni sottoepatiche, alla cistifellea (con sintomi dispeptici, gastro-duodenali e dolori alle regioni cistifellica ed appendicolare).

Nella terza categoria vanno compresi i fatti clinici o la sintomatologia confusa (disturbi gastrici o gastro-duodenali, biliari, tiflocolitici) dominati dallo stato più o meno permanente, con parossismi, d'indolorimento diffuso della metà destra dell'addome. Se però il dolore spontaneo è diffuso non è difficile trovare con la palpazione centri d'iperestesia massima in rapporto alle zone cistifellica, cecale o appendicolare, e solare, da una parte e dall'altra punti dolorosi *endo-ceco-colici* indici della partecipazione dell'epiploon (periviscerite d'origine appendicolare di cui l'epiplooite è il tramite). Nella stessa categoria va raggruppata una sindrome dolorosa della metà destra dell'addome, la *periviscerite generale autonoma*, che dipende da un'infezione attenuata, lenta, cronica, fibrosa di natura tubercolare o sifilitica.

La frequenza dei casi clinici nei quali, nel medesimo soggetto, si succedono o coesistono affezioni della cistifellea, del colon destro e dell'apparato gastro-duodenale fa pensare alla probabile loro origine identica. Al riguardo vanno ricordate le ricerche di Rosenow sull'origine infettiva, a punto di partenza boccale, delle ulceri gastriche e duodenali; i suoi esperimenti nei quali partendo da focolai infettivi boccali dell'uomo potette provocare negli animali focolai infettivi localizzantisi elettivamente nello stomaco, nella cistifellea, nell'appendice e nel duodeno; ed infine la riproduzione negli animali di alterazioni viscerali identiche non solo nel viscere omologo ma anche negli altri partendo da colecistite, da ulcera gastrica o duodenale e da appendicite umana.

Sembra adunque vi sia una specie d'affinità elettiva di diversi microbi per visceri determinati, in particolare per la cistifellea, il colon destro, il duodeno. L'aggressione simultanea di questi microbi su tutti detti visceri, non implica che le lesioni prodotte siano d'importanza eguale per tutti e tre. È perciò che il quadro clinico può essere al principio univoco, come espressione della sofferenza del solo viscere più profondamente colpito; solo col tempo si avrà l'esplosione successiva dei disturbi morbosi rivelanti la compartecipazione agli altri visceri.

È evidente l'importanza del fattore epiplooite nella genesi di buon numero degli stati dolorosi interessanti la metà destra dell'addome con i suoi tre poli, solare, sottoepatico ed iliaco destro.

L'epiploon, arma di difesa selezionata della cavità addominale, partecipa al processo infettivo specie nei punti dove la sua funzione protettrice deve essere maggiormente esplicata.

La complessità dei problemi diagnostici sollevati dalla sindrome dolorosa su accennata, richiede il sussidio di altri mezzi d'indagine, quali l'esame radioscopico e la sonda duodenale.

L'esame radioscopico metterà in evidenza la posizione, la forma, il volume, la mobilità dello stomaco, del duodeno, del colon, della cistifellea.

La sonda duodenale consente di mettere in evidenza l'infezione delle vie biliari, come la coprologia consente di prendere nozione sempre più precisa dello stato morboso del colon destro.

In confronto di questi mezzi d'indagine, la clinica, la buona vecchia clinica, non ha perduto i suoi diritti; è sempre essa che deve inspirare, indirizzare, dirigere le investigazioni.

Questi sussidi diagnostici hanno la loro importanza prevalentemente per eliminare interventi spesso condannati a soli scopi investigatori, come avviene nei casi di periviscerite molto diffusa o generalizzata. In questi casi estremi si può ancora avere qualche speranza di miglioramento ricorrendo all'elettroterapia, di cui la diatermia ed in certi casi i raggi ultravioletti sono le modalità più attive.

DR.

Il trattamento della colecistite e la prevenzione dei calcoli biliari.

(A. F. Hurst. *The Lancet*, 22 maggio 1926).

I calcoli biliari sono quasi sempre secondari alla colecistite, sebbene il processo di questa sia spento da lungo prima che i calcoli diano luogo a sintomi definiti. Il deposito di muco, di cellule desintegrate e di batterî forma il primo nucleo, attorno al quale si va depositando la colesterina, se ve n'è un eccesso nel sangue oppure il deflusso della bile è impedito. Ne viene di conseguenza che il pronto riconoscimento e la terapia della colecistite, con la profilassi dell'ipercolesterinemia e della stasi biliare costituiscono il modo di prevenire la formazione di calcoli biliari.

I calcoli biliari sono assai frequenti, non meno del 10 % negli individui oltre i venti anni; pure assai frequente è la colecistite che, secondo l'A., è la più comune malattia addominale, molto più frequente che l'appendicite cronica.

La diagnosi di colecistite può venire sospettata dallo studio dell'anamnesi e dei sintomi, se si ha cura di mettere bene in luce i particolari; viene poi confermata dall'esame fisico e, nei casi dubbî, dalle ricerche di laboratorio e con altri metodi.

I *sintomi* si vengono stabilendo gradatamente e, spesso nelle donne, risalgono ad una gravidanza e vengono aggravandosi in quelle successive. Essi possono riassumersi nella così detta dispepsia flatulenta. Il paziente si lamenta di una spiacevole sensazione di ripienezza all'epigastrio dopo i pasti, che egli ritiene dovuta a gas, ma erroneamente; ed i suoi sforzi per ottenere l'eruttazione sono inutili e soltanto possono condurlo all'aerofagia. Questo malessere incomincia di solito subito dopo i pasti, ma, quando è associato con ipercloridria riflessa, può simulare il dolore da fame dell'ulcera duodenale, incominciando due ore o più dopo i pasti e venendo calmato dall'ingestione di alimenti o di alcalini, oppure dal vomito, meno rapidamente e completamente però che nei veri casi di ulcera. Il vomito non è raro, specialmente nelle donne e spesso si ha senza nessun dolore, ciò che lo differenzia da quello dell'ulcera gastrica o duodenale. La nausea è frequente e può essere il solo sintoma, in quanto che la colecistite è la causa più comune della nausea cronica.

Raramente i sintomi scompaiono del tutto e non mostrano la caratteristica ricorrenza di quelli dell'ulcera. Sono frequenti le esacerbazioni acute o subacute che, quando sono forti, si accompagnano a leggeri rialzi di temperatura e, talora, a leggera leucocitosi. La costipazione cronica, che si trova generalmente, può essere talvolta sostituita da diarrea improvvisa, durante questi attacchi.

Sebbene i sintomi dispeptici siano generalmente epigastrici, i pazienti si lamentano spesso di una sensazione dolorosa alla schiena, specialmente in vicinanza dell'angolo della scapola destra.

Gli attacchi dolorosi acuti, sia all'epigastrio che verso destra, che compaiono improvvisamente in qualsiasi momento, ma specialmente nelle prime ore della notte e scompaiono rapidamente dopo aver durato per periodi variabili da pochi minuti a qualche ora sono generalmente dovuti a calcoli biliari, ma possono anche verificarsi nella colecistite non complicata. La presenza di itterizia, anche lieve, durante tali attacchi, fa piuttosto propendere per i calcoli biliari.

All'*esame fisico*, si palperanno successivamente i quattro quadranti addominali, senza interrogare il paziente, ma soltanto guardando attentamente il suo viso che, in presenza di colecistite non muta espressione se non quando si palpa il quadrante superiore destro. Si mette la mano a piatto sull'addome, con le dita rivolte verso l'insù, verso il margine costale sinistro, mentre li paziente fa un profondo respiro; per quanto forte sia la pressione delle dita, non si trova nessuna resistenza e l'espressione del paziente non muta. La manovra si ripete poi a destra; la sensazione che dà il muscolo retto è del tutto diversa, il viso del paziente può apparire doloroso; nella respirazione profonda, la inspirazione viene ad un tratto arrestata e si nota una espressione di acuto dolore. Ripetendo la palpazione a destra secondo i segmenti longitudinali, si nota che essa è dolorosa in quello medio e talora un poco verso quello interno, ma non mai nell'esterno. Questo segno è patognomonico della colecistite ed è dovuto al fatto che la cistifellea viene portata in intimo contatto con le dita quando il fegato si abbassa. Si può inoltre avere aumento di dolorabilità sulla XI costola, all'angolo della scapola, a destra delle apofisi spinose dall'ottava all'undecima vertebra dorsale ed anche sulle stesse apofisi spinose dalla terza alla decima.

Come metodo accessorio di diagnosi è assai utile il sondaggio duodenale con il tubo di Einhorn, mediante il quale si può anche fare lo studio batteriologico del contenuto duodenale. Si è così potuto rilevare che nella colecistite la bile contiene dei germi, per lo più microorganismi coliformi (in ordine di frequenza: B. coli communis, B. typhosus, B. lactis aerogenes, B. acidi lactici). Raramente si trovano strepto- o stafilococchi.

Fra le investigazioni biochimiche, è da citarsi

la prova di Van der Bergh (ricerca della bilirubina nel sangue) che può aversi talvolta nella colecistite, ma che indica generalmente la presenza di un piccolo calcolo nel coledoco.

Importante è lo studio del chimismo gastrico con gli esami frazionati che mostrano spesso acloridria, donde ne risulta una insufficienza della barriera acida che impedisce l'invasione del duodeno da parte dei bacilli coliformi.

Notevole importanza ha anche la colecistografia che, per la diagnosi fra colecistite ed ulcera duodenale, può essere accompagnata dal pasto opaco e dalla palpazione profonda.

LA TERAPIA DELLA COLECISTITE.

Consiste essenzialmente nel trattare l'infezione mediante gli antisettici biliari e gli autovaccini, nella rimozione dei focolai settici e nel provvedere un adeguato drenaggio biliare.

Per la prima indicazione, si darà l'urotropina. È però necessario tener presente che questo medicamento, nell'ambiente acido della vescica svolge formalina e quindi provoca irritazione della vescica stessa, con frequenza della minzione e cistite emorragica. Si deve, in conseguenza, somministrarla con degli alcalini se se ne vogliono dare le dosi elevate necessarie per l'antisepsi biliare. L'A., consiglia di dare la miscela dell'alcali con l'urotropina. Si prescrive una soluzione di bicarbonato e citrato di sodio, ana 4 grammi in 30 cmc. di acqua ed una di 6 grammi di urotropina, pure in 30 cmc. di acqua. Il primo giorno, il paziente prende soltanto la metà della soluzione di urotropina, poi aumenta gradatamente di 4 cmc. ogni giorno fino a prendere tutta la dose. Il tutto va preso tre volte al giorno: dopo colazione, dopo il tè (verso le 17) ed alla sera verso le 22; dopo quest'ultima volta, il paziente prenderà un bicchiere di latte, per prevenire l'irritazione dello stomaco. Nel caso che si produca irritazione della vescica, si ridurrà la dose di urotropina, ma non quella dell'alcali. Questo trattamento è bene tollerato, anche dai ragazzi. L'A., però confessa che è ancora troppo presto per giudicare se esso sia efficace per vincere l'infezione.

Anche i salicilati vengono escreti dalla bile e sono raccomandati in questi casi, sebbene le osservazioni di Knott lascino dei dubbi sulla loro azione antisettica.

Se vi è acloridria, si daranno 4-7 cmc. di acido cloridrico diluito, in 150-300 cmc. di acqua, aggiungendovi il succo di un'arancia e dello zucchero. Se ne darà una prima dose mezz'ora prima della colazione, la seconda e la terza come bevanda durante i pasti.

Si potranno usare i vaccini autogeni, quando si sia isolato un germe con il sondaggio alla Einhorn. Si combatteranno tutte le infezioni focali: piorrea, infezione dentale, del naso, della gola, dei seni, ecc.

Il drenaggio biliare non chirurgico si può praticare secondo le prescrizioni di Lyon, con l'introduzione diretta di solfato di magnesio nel duodeno per mezzo del tubo di Einhorn, ma anche con lo stesso solfato di magnesio dato per bocca, purchè in soluzione concentrata e somministrato a digiuno un'ora prima della colazione. Il paziente troverà egli stesso la dose conveniente che non arrivi a provocare diarrea; beninteso eviterà qualsiasi lassativo. In generale bastano 8-16 grammi.

Il drenaggio biliare è inoltre favorito dalla ginnastica addominale con le profonde inspirazioni. Gli individui che conducono vita sedentaria, specialmente se grassi, faranno degli esercizî all'aperto e particolarmente delle inspirazioni profonde al mattino ed alla sera.

LA PREVENZIONE DEI CALCOLI BILIARI.

Si dovrà tenere piuttosto bassa l'ipercolesterinemia della gravidanza, evitando le uova e la panna. In linea generale, nei pazienti che hanno avuto colecistiti, si darà una dieta povera di colesterina. Oltre al rosso d'uovo e la panna, sono ricchi di colesterina il cervello, il fegato, i reni, il « latte di pesce », le animelle; in generale anche tutti i grassi animali andranno presi con moderazione. Siccome poi molti dei pazienti sono grassi, tale dieta avrà anche il vantaggio di favorire il dimagramento. Se invece il paziente è magro, si prescriverà l'olio di oliva prima dei pasti, ciò che è specialmente indicato nei casi di ipercloridria, in quanto che inibisce la secrezione del succo gastrico. L'olio di oliva era stato un tempo prescritto con l'idea che esso potesse sciogliere i calcoli biliari, ma si è veduto che tale credenza era erronea. Esso ad ogni modo è utile anche perchè, nel duodeno, provoca le contrazioni della cistifellea e, quindi, anche il drenaggio biliare, se pure in misura molto minore che il solfato di magnesio.

È da augurarsi che i medici riconoscano in tempo fra i dispeptici che hanno in cura, quelli che sono affetti da colecistite, evitando in tal modo ad essi ulteriori sofferenze e la probabilità di finire con calcoli biliari.

FILIPPINI.

TERAPIA.

La cura delle ulcere da raggi X.

(E. SONNTAG. *D. M. W.*, 1° ottobre 1926).

L'ulcera da raggi rappresenta una manifestazione che si rende sempre più rara per un migliore dosaggio della terapia, ciò non ostante non scomparirà per ora, dato il grande numero di apparecchi in uso, e costituirà sempre un grave problema curativo. Si può dire che tutti i farmaci sono stati proposti per la cura di tali lesioni, e che nessuno abbia corrisposto perfettamente allo scopo. Siamo — a questo riguardo — allo stesso punto di 13 anni fa. Possiamo, però, distinguere una terapia conservativa ed una chirurgica spesso da associarsi, ed una terza sintomatica.

La migliore delle cure, quando si possa applicare, è la chirurgica: consiste nell'*escissione dell'ulcera* fin nel tessuto sano. Dev'esser trattata, cioè, come un *tumore maligno*. Ciò preserva anche dalla trasformazione dell'ulcera in cancro. Non bisogna operare troppo tardi (è dannoso far soffrire inutilmente gli ammalati) nè troppo presto, onde permettere una netta delimitazione della zona necrotica.

Tuttavia rimane sempre difficile a stabilirsi la zona di tessuti da asportarsi: si capisce che tutta l'escara e tutto ciò che appare poco vitale debba esser tolto.

La ricopertura della zona allo scoperto non si ottiene mai con il semplice riavvicinamento dei labbri della ferita. Bisogna mobilizzare i tessuti tutto intorno, o ricorrere a plastiche, libere o peduncolate. Quasi sempre bisogna ricorrere a queste ultime: a ponte, a diaframma. In simili casi non si può contare quasi mai su di una guarigione per prima: tuttavia i suoi risultati sono buoni. Il trapianto libero alla Reverdin non attecchisce: al contrario quello alla Thiersch è seguito da ottimi risultati. Le plastiche in genere sono state applicate anche sull'ulcera da raggi, sia direttamente che previo raschiamento degli strati più superficiali. I risultati non sono stati buoni. Nè appare maggiormente da seguirsi il raschiamento più o meno profondo dell'ulcera stessa. Nelle ulcere sugli arti è stata praticata più di una volta la simpatectomia periarteriosa ma su questa non è stata detta ancora l'ultima parola. Qualche volta conviene ricorrere all'amputazione di un dito, specie se minaccia la degenerazione carcinomatosa.

Nei casi nei quali per l'estensione o la sede (faccia) è impossibile ricorrere ad un procedimento così radicale, si può accettare la terapia conservativa. Alcuni mezzi sono chimici d'una categoria assai numerosa e può suddividersi in gruppi costituiti da pomate, paste, impacchi umidi o con polveri; cerotti, balsami, olii. Sono 54 rimedi a disposizione del medico.

I più usati sono le pomate (ac. borico, zinco, bals. Perù, ittiolo, rosso scarlatto, ecc.) e le paste (zinco, pb. e bs.). Degli olii sono da ricordarsi il perù, ittiolo, ecc. Le polveri sono preferite in presenza di secrezione accentuata: xeroformio, metilvioletto: gli impacchi umidi quando la superficie sia sporca o assai necrotica comprendono numerosi rimedi antichi e moderni: dalla soluzione fisiologica, alla soluzione di Pregl.

Tra i mezzi fisici: il caldo in tutte le sue modalità, i massaggi, i bagni, gli impiastri, irradiazione con la lampada, sole d'alta montagna artificiale e forse anche il radium. Tra questi rimedi trovano posto anche l'autoemoterapia locale, le iniezioni intorno all'ulcere di novocaina ½ % con o senza adrenalina. Naturalmente insieme con tutti questi rimedi va curato anche e sopratutto lo stato generale con arsenico e ricostituenti. Infine non bisogna neanche dimenticare come non si possa far a meno qualche volta di ricorrere agli anestetici e agli antinevralgici in presenza di dolori che possono spingere i malati perfino al suicidio. Ma in quest'ultimo caso, è opportuno ricordarsi come in tal modo si possa liberare dai dolori un paziente per spingerlo nel morfinismo.

E. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BLANC e NÉGRO. *La Cystographie.* Masson e C.ie, éditeurs.

La cistografia, cioè lo studio della vescica riempita di un liquido opaco, può sostituire gli altri mezzi di esplorazione più diretta nei casi nei quali questi non siano applicabili, e può talvolta completarli.

Gli AA. di questo libro si sono dedicati quasi sistematicamente allo studio radiologico della vescica e hanno raggiunto una notevole perfezione di tecnica come si può giudicare dalle belle riproduzioni radiografiche che illustrano il volume.

Nei primi capitoli viene descritta la tecnica, negli altri è studiata la vescica dapprima in condizioni normali, poi in condizioni patologiche nonchè l'aspetto della vescica dopo i vari interventi che si possono eseguire su di essa.

La Casa Masson ha edito il libro colla solita cura e ne ha fatto un volume veramente elegante.

M. ASCOLI.

KNEISE. *Handatlas der Cystoskopie*, II ediz., 1926, pag. 119, 18 tavole a colori. Edit. G. Thieme, Lipsia.

La II edizione di questo trattato segue a distanza di quasi 20 anni la prima e risente notevolmente dalla maggior esperienza acquistata

dall'autore. In tavole a colori sono riprodotte 102 immagini cistoscopiche disegnate dall'autore stesso che si rivela ottimo disegnatore. Ogni figura è accompagnata da un testo esplicativo e riproduce l'immagine cistoscopica di una vescica normale e delle principali alterazioni che ci rivela l'endoscopia.

Il libro si presenta con una veste tipografica bellissima e si raccomanda quale utile e rapido mezzo di orientamento nella diagnosi cistoscopica. VALDONI.

L. PINCUSSEN. *Mikrometodik. Quantitative Bestimmung der Harn und Blutbestandteile in kleinen Mengen.* G. Thieme, ed. Lipsia, 1925. III Ediz., pag. 166.

La fortuna incontrata da questo libro è dimostrata dall'essere arrivati in pochi anni alla terza edizione. L'autore ha saputo infatti condensare in poche pagine una grande mole di materia mentre non perde nulla in chiarezza di trattazione; i singoli procedimenti sono descritti in modo molto preciso e con molto dettaglio, l'esposizione è chiara e completa.

Oggi i quesiti di fisico-chimica sono di attualità sia nella medicina che in chirurgia e spesso dovendo esaminare piccole quantità di liquido si è costretti a ricercare nei grandi trattati i metodi che permettano di farlo, metodi che sono dispersi qua e là nei libri e spesso accennati soltanto. In questo volume sono invece raccolti e vagliati dal punto di vista del loro valore tutti i metodi, anche quelli che sono dispersi nei diversi periodici e che non hanno trovato ancora posto nei trattati comuni.

26 illustrazioni schematiche corredano il testo. VALDONI.

H. STRAUSS. *Die Nephritiden und nichtentzündlichen Nierenerkrankungen.* 4ª Ediz. Urban e Schwarzenberg, 1927, p. 400 con 9 figure 3 curve. M. O. 21.

L'opera concepita durante la guerra, è stata poi modificata — in tempo di pace. — Essa è diversa quindi nel suo contenuto da quella che costituì la materia della prima edizione.

Tuttavia l'idea fondamentale del lavoro, l'indirizzo eminentemente sintetico e subordinato ai bisogni giornalieri della pratica giornaliera è rimasta ferma e fedele nell'animo dell'autore. Per queste ragioni occupano il primo piano dello svolgimento il problema diagnostico e quello curativo. Anche al lato patogenetico è stato conferito un opportuno svolgimento, mentre è stata ridotta la parte riferentesi all'anatomia patologica, svolta magistralmente da nuove opere concernenti questo speciale lato della questione.

L'opera acquista anche uno speciale valore perchè garantita ed arricchita dalla grandissima esperienza clinica e di laboratorio dell'autore, le quali considerazioni riunite alla mole ridotta del volume rendono agevole e possibile la sua lettura. E. M.

L'année médicale pratique. Un vol. in 16° di 582 pag. R. Lépine, ed. Parigi, 1926.

Questa rivista annuale della medicina pratica ha ormai raggiunto il quinto anno di vita e si mostra sempre più utile e completa. Una serie di articoli, riviste sintetiche brevi ma sufficienti per dare un'idea chiara dei singoli argomenti vi mette al corrente di quanto è stato in proposito scritto durante l'anno in tutti i campi della medicina, chirurgia, specialità, ecc. Le diverse materie (intestini, pediatria, nutrizione, sifilografia, cuore, ecc.), sono trattate da autori specializzati che sanno sceglier ciò che di più significativo è stato pubblicato. Evidentemente la massima parte delle pubblicazioni consultate è di fonte francese; non manca però qualche accenno a lavori comparsi in riviste di altre nazioni.

La materia è disposta per ordine alfabetico; precede però un indice sistematico, mentre se ne trova un altro alfabetico alla fine, molto ampio in modo da prestarsi a facile consultazione.

Completano l'utile volume l'elenco dei libri (francesi) apparsi nell'anno e delle nuove specialità; vi sono altresì riportate le disposizioni di legge pure apparse nell'anno, riguardanti la medicina. *fil.*

Tercero Congreso Nacional de Medicina. Actas y Trabajos. Vol. II e III. In 8° di rispettive pag. 708 e 1084. Casa ed. « Las Ciencias » di A. Guidi Buffarini. Buenos Aires, 1926.

In grossi volumi vengono ora pubblicandosi gli atti del III Congresso argentino di medicina, tenutosi a Buenos Aires dall'8 al 16 luglio 1926.

In uno di essi, dedicato alla Clinica medica, troviamo raccolte 79 comunicazioni, divise in dieci sezioni, riguardanti tutti i campi della medicina. Numerosi sono particolarmente gli studi sul ricambio e sul diabete, fra cui ne citiamo uno di Gonalons e Fontana sopra una pianta spontanea nell'Argentina e nel Brasile (Phyllanthus Sellowianus) che esercita un'azione ipoglicemizzante sugli animali da esperimento ed effetti terapeutici nel diabete dell'uomo. In questo stesso volume troviamo anche una comunicazione del prof. V. Ascoli sulla pulsazione della giugulare destra negli aneurismi dell'arco aortico.

Il III volume comprende le comunicazioni (95) fatte nelle sottosezioni di pediatria e puericultura, di neurologia e psichiatria, di tisiologia e di radiologia. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medica Bellunese.

Sedute del 7 luglio e del 4 agosto 1926.
Presidenza: prof. G. PIERI, presidente.

Dott. P. MILANI. — *La sifilometria nella diagnosi e nella cura della sifilide.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

Plastica del cardias nella dilatazione idiopatica dell'esofago.

Prof. G. PIERI. — Un giovane di 19 anni, boscaiuolo, da circa tre anni soffriva disturbi nell'alimentazione rappresentati da difficoltà sempre crescenti nella deglutizione; negli ultimi mesi poteva solo ingoiare i liquidi e solo stando col tronco in posizione verticale. La radiografia dimostrava una dilatazione di tutto l'esofago in cui ristagnava il pasto di prova.

L'intervento, per via transpleurodiaframmatica, fu preceduto di due giorni da un pneumotorace sinistro (700 cc.) ad evitare lo shok per il brusco spostamento della pleura mediastinica. La operazione fu praticata in narcosi eterea, e iniziata collo scoprimento e alcoolizzazione del frenico sinistro, per ottenere una paralisi temporanea del diaframma. Quindi, resecata la nona costola di sinistra nella sua quasi totalità e incisa la pleura largamente, divaricando la gabbia costale si ottenne un largo accesso al diaframma. Questo fu inciso radialmente e si attirò dall'incisione lo stomaco e poi il cardias che appariva stenosato, ma senza aspetto cicatriceo. Fu eseguita una plastica del cardias, incidendolo verticalmente per oltre due centimetri, e suturando trasversalmente l'incisione. Sutura del diaframma e della parete toracica.

L'effetto della operazione fu evidente poichè il malato potè immediatamente ingerire i cibi liquidi senza più alcuna difficoltà. Il decorso postoperatorio fu turbato da una violenta bronchite, ma questa era ormai vicina alla guarigione, quando al nono giorno dall'operazione il malato mentre era seduto sul letto cadde improvvisamente riverso, morto. L'autopsia dimostrò che un grosso trombo, formatosi a livello della valvola tricuspide, si era in gran parte distaccato e aveva totalmente bloccato l'arteria polmonare.

Note di pratica pneumoterapica.

Dott. A. SPANIO. — L'O. riferisce osservazioni personali su 45 casi di tubercolosi polmonare trattati nel corso di 5 anni con il pneumotorace artificiale.

Si diffonde sui criteri con i quali ha proceduto alla scelta dei casi; nella sua statistica figurano prevalentemente casi cosidetti monolaterali con lesioni limitate ed estese ad un piccolo numero con lesioni bilaterali, sempre però nettamente prevalenti da un lato.

Nei riguardi della tecnica tratta del significato della manometria e della necessità di ripetute osservazioni radiologiche.

Su 1503 introduzioni denunzia un caso mortale di eclampsia della pleura. Tratta in particolare della pleurite pneumotoracica che considera, in linea generale, come una complicanza benigna.

Conclude considerando il pneumotorace artificiale un trattamento di grande valore terapeutico a cui pensa sia bene ricorrere abbastanza precocemente se si vuole ottenere da esso il massimo rendimento.

La frattura spontanea del femore da metastasi di cancro della mammella.

Dott. R. BOTTESELLE. — L'O., dopo avere esposti succintamente due casi di frattura spontanea femorale da cancro della mammella osservati nell'Ospedale di Venezia, riferisce più estesamente un terzo caso osservato ambulatoriamente in questi ultimi mesi; fu anzi durante l'esame obbiettivo della paziente, che si presentò claudicante per un dolore al terzo inferiore della coscia destra datante da oltre 20 giorni, che si produsse la frattura. Il femore era ingrossato e fuso. La donna appariva in condizioni generali buone, nè aveva mai fatto attenzione ad un tipico tumore che occupava la mammella sinistra, mobile sul piano profondo e con scarso ingrossamento dei gangli ascellari.

Esclusa la natura tubercolare, gommosa ossea e la possibilità di due tumori *diversi generis* fa diagnosi di frattura spontanea.

Furono proposte: amputazione mammaria e vuotamento ascellare e amputazione alta della coscia, oppure la sola amputazione della coscia onde permettere alla malata di alzarsi dal letto fino a quando la invasione generale cancerigna lo avesse permesso. Nessun intervento venne accettato. Sono trascorsi tre mesi e la paziente è sempre con arto ciondolante malgrado da altri si sia tentato con apparecchi gessati di favorire il consolidamento essendo stato giudicato il caso come una frattura traumatica.

Danni delle ipodermoclisi adrenalizzate.

Prof. A. PONZIAN. — In una paziente affetta da placenta previa centrale, e profondamente anemizzata da emorragie che duravano da una ventina di giorni, malgrado la liberazione col parto rapido e lo zaffamento, si ebbe continuazione della emorragia, che ridusse la malata in condizioni allarmanti. Si praticarono, a poche ore di distanza, due ipodermoclisi, iniettando sotto la cute della parete addominale 750 cc. di soluzione fisiologica coll'aggiunta di 3 cc. della soluzione di adrenalina al millesimo, e sotto la pelle della coscia destra 500 cc. di soluzione fisiologica con 1 cc. di adrenalina.

Fin dal giorno successivo nel posto di ognuna delle due ipodermoclisi si rese evidente una vasta zona necrotica (oltre un decimetro quadrato), che in seguito si eliminò, ma la cui riparazione richiese oltre due mesi.

L'O., in base anche allo studio di altri casi del genere di recente pubblicati, ritiene che il mecca-

nismo della avvenuta necrosi vada ricercato in un duplice ordine di cause: anzitutto alla nota azione ischemizzante della adrenalina, e poi all'altissimo grado di anemia per cui la circolazione cutanea, già deficente, viene annullata dalla vaso costrizione.

È consigliabile in questi casi, se si vuole evitare tale dannosa complicazione, iniettare separatamente il siero per via sottocutanea, e la adrenalina per via intramuscolare.

Patologia del sistema nervoso endocrinosimpatico e pseudotubercolosi.

Dott. A. SPANIO. — L'O. riferisce le storie cliniche di cinque malate nelle quali una febbricola serale costante per mesi ed accompagnata da tosse secca, sudorazione, dimagramento, astenia, dispepsia gastrointestinale, poteva far pensare alla diagnosi di tubercolosi polmonare iniziale.

In base al reperto obbiettivo dell'esame clinico e degli esami speciali (radioscopia, cutireazione alla tubercolina) l'O. dimostra che nei casi studiati la febbre e il complesso sintomatico che l'accompagnava si doveva porre in relazione con turbe endocrine, prevalentemente in rapporto a disfunzione della tiroide e dell'ovaio; richiama l'attenzione per la diagnostica differenziale particolarmente sullo speciale comportamento della temperatura del corpo, segnalato dal prof. LUCATELLO nei malati di ipertiroidismo, per cui la temperatura del cavo ascellare risulta spesso inferiore a quella della bocca e del retto.

Si sofferma ad esaminare la patogenesi della tosse, della dispnea, della sudorazione, del dimagrimento, delle turbe dispeptiche nei disordini endocrini, e conclude con l'affermazione che la diagnosi fra squilibrio endocrino e tubercolosi deve esser fatta, nelle circostanze in esame, soltanto per via di esclusione, dopo accurati ed esaurienti esami clinici e di gabinetto.

Megacolon e megauretere.

Dott. R. BROGLIO. — In un soggetto di 21 anni venuto a morte in seguito a una occlusione cronica l'autopsia dimostrò, accanto a un tipico reperto di morbo di Hirschsprung, una dilatazione cospicua dell'uretere di sinistra, che era duplice.

Nell'esposizione dei dati l'O. si sofferma sulle particolarità anatomiche di queste due malformazioni per dimostrarne l'origine congenita (assenza di vizi di canalizzazione e di alterazioni infiammatorie che potessero in qualche modo spiegarne la patogenesi).

Il Segretario: Dott. G. LOCATELLI.

Società Medico-Chirurgica di Piacenza.

Seduta del 19 dicembre 1926.

Presidenza: prof. A. VECCHI, presidente.

Dott. E. MUZZARELLI. — *Su di un caso di cisti traumatica del pancreas.* — Riferisce un caso diagnosticato e operato di marsupializzazione. Rimase una fistola secernente succo pancreatico, che dopo circa un mese si chiuse spontaneamente.

Dott. A. MARCHESI. — *Di un particolare metodo di cura radicale dell'idrocele.* — Descrive il metodo Vecchi di fognatura temporanea dell'idrocele e riferisce su 10 casi operati e guariti, esponendo le indicazioni e i vantaggi del metodo stesso.

Prof. U. BIFFI-GENTILI. — *I criptociti del sangue, con speciale riguardo ai corpi semilunari.* — I criptociti derivano in massima parte dagli eritrociti ed i più cospicui fra essi sono i giganteschi corpi semilunari, che per la prima volta descrissero STEPHENS e CRISTOPHERS nel 1903. Di essi si occupa appunto B. in modo particolare. Non li ha visti nei preparati a fresco e dubita quindi che esistano, colla loro forma semilunare, nel sangue circolante. Inoltre egli ha potuto dimostrare la possibilità di ottenerli artificialmente da qualsiasi sangue, anche normale, ricorrendo a speciali accorgimenti di tecnica, che descrive. Osserva tuttavia come alcuni sangui patologici li forniscano con notevole facilità e abbondanza.

Prof. U. BIFFI-GENTILI. — *Sul potere riducente del sangue normale e patologico.* — B. ha osservato che se si rende il sangue incoagulabile e lo si abbandona a sedimentazione spontanea in un recipiente tubulare, esso mostra a diverse altezze per il bleu di metilene un diverso potere riducente, il quale presenta il suo massimo di intensità al punto di separazione della colonna degli eritrociti dal plasma, là dove va ad accumularsi la maggior parte dei leucociti. Tale potere riducente, che sembra appunto legato in modo speciale al numero dei leucociti, varia in limiti ristretti nel sangue normale, mentre presenta ampie oscillazioni, di probabile valore patogenetico e diagnostico, nel sangue patologico.

Prof. A. VECCHI. — *Di appendicite non si deve morire.* — Riferisce la sua statistica di 1243 appendicectomie con una mortalità globale del 0,80 per cento. Sostiene la opportunità dell'intervento immediato. Conclude che l'opera del medico nell'appendicite deve limitarsi a precisare la diagnosi e ad affidare al più presto l'a. al chirurgo. Solamente il chirurgo sarà autorizzato a giudicare se in alcuni casi particolari si possa procrastinare l'intervento.

Nei casi di appendicite gangrenosa perforativa con peritonite diffusa si deve sempre tentare l'operazione. Su 118 di tali casi egli ha perduto solamente nove malati.

Dott. V. GIOVETTI. — *Diagnostica radiologica di calcolosi viscerali.* — Presenta, dopo aver parlato della tecnica d'indagine e delle diagnosi differenziali, interessanti casi di calcolosi renale, vescicale e biliare, illustrandoli con numerosi radiogrammi.

Dott. V. GIOVETTI. — *Sifilide ossea.* — Passati in rivista gli aspetti radiologici della lue congenita ed acquisita (periostite, osteo-condrite, ostei-

te e osteo-mielite), illustra con radiogrammi tre casi da lui studiati, riferentisi a localizzazioni luetiche della tibia, della mandibola e della clavicola.

Dott. R. COLLI. — *Di un caso di sifilide con manifestazioni secondarie in atto e Wassermann negativa.* — L'O. presenta un caso ove 92 giorni dopo un coito, che lo infettò di lue e mentre era in atto un sifiloderma crostoso e placche mucose ai genitali, la Wassermann e la Sachs-Georgi (varie volte ripetute) erano nettamente negative. Lo stesso risultato si ottenne dopo due iniezioni di calomelano e due endovena di novarsenobenzolo.

Dott. R. COLLI. — *Reazione di Wassermann positiva non riducibile coi comuni medicamenti.* — L'O. descrive il caso di un paziente, che richiesta una visita prematrimoniale (anamnesi muta, nulla nell'ereditarietà) presentò Wassermann e Sachs-Georgi +++. A nulla valsero turni di cura misti intensi (ogni turno era composto di 5 grammi di novarsenobenzolo e 1 gr. di calomelano e 2 di bismuto). Dopo 8 mesi Wassermann +++. Moglie incinta. Esami di sangue alla moglie e al neonato — e al padre sempre +++. A tre anni di distanza identici risultati agli esami sierologici.

A. V.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Conferenze cliniche spedaliere.

Seduta del 16 gennaio 1927.

Presidente: prof. A. BUSACCHI.

CASISTICA RADIOLOGICA RARA.

Morbo di Sprengel o scapola alta congenita.

A. MONARI. — L'O. riferisce di un ragazzo di circa tre anni, che presentava una spiccata deformità a carico del cingolo scapolo-omerale destro; produce il relativo radiogramma in ventro dorsale dal quale veniva messo chiaramente in evidenza l'anomala dislocazione alta della scapola e, ciò che attribuiva al caso maggior rarità, numerose anomalie costali e vertebrali, come saldamento e pseudo-articolazioni di alcune delle prime coste fra di loro; a carico della colonna dorsale si notano infine le prime vertebre in preda a rachischisi ed emispondilia.

Osteocondroma della 2ª costa.

Tale reperto si ebbe accidentalmente, mentre l'O. eseguiva una indagine radioscopica del torace. All'indagine radiografica la neoformazione osteocartilaginea risultò di forma perfettamente sferica, della grandezza circa di un mandarino e a ricco contenuto di sali di calcio, tanto che la sua permeabilità appariva pressochè identica a quella ossea.

L'osteocondroma, che aveva come punto d'origine l'arco anteriore della 2ª costa, non aveva causato fino allora alla P. alcun disturbo seggettivo, nè segni obbiettivi, ed era disposto con il suo maggior diametro trasversalmente, talchè nella proiezione latero-laterale assumeva l'aspetto di una formazione ovalare.

L'O. si riserva in seguito di riferire di eventuali modificazioni al quadro sudescritto.

Diverticolo del cardias e concomitante ulcera duodenale.

L'indagine radiologica del tubo digerente eseguita per una signora di 63 anni affetta da segni clinici di ulcera duodenale, mise in evidenza una classica sindrome di ABERLUND (nicchia e retrazione su la piccola curvatura del bulbo del duodeno, con spasmo controlaterale su la grande curvatura) e, in corrispondenza della faccia posteriore della porzione cardiasica dello stomaco, una voluminosa immagine diverticolare, della grandezza e forma di una noce, nella quale il bario ristagnava anche quando la parte alta dello stomaco si era svuotata. Detta immagine permaneva ripiena del sale opaco anche a svuotamento gastrico completo e accennava a svuotarsi nello stomaco, mettendo l'inferma nel decubito prono. Per la diagnosi differenziale ed eventuali errori circa la interpretazione ed il significato diagnostico dell'immagine diverticolare, l'O. prende in considerazione l'immagine dello stomaco a cascata e quelle di alcune anomalie e malformazioni esofagee; conclude asserendo che, data la concomitanza dell'ulcera, era facile attribuire a tale affezione la sindrome dolorosa e gli altri disturbi soggettivi accusati dalla p., quindi con tutta probabilità, il diverticolo cardiasico era da interpretarsi come una malformazione (congenita?) del tratto alto della parete gastrica.

Non ritiene attendibile l'ipotesi che il diverticolo potesse stare a rappresentare l'esito di una ulcera penetrante (nicchia del tratto cardiasico dello stomaco): 1) perchè in detta regione tale evenienza è rarissima; 2) perchè mancavano nella inferma in causa i segni obbiettivi e soggettivi di tale affezione.

Intorno a un caso di leucemia acuta.

P. DOTTI. — Malato ricoverato per pleurite sinistra emorragica. Febbre alta, pallore intenso, micropoliadenia, stomatite e tonsillite emorragiche-necrotiche, tumore di milza, numerose emorragie retiniche; eritrociti 1,650,000; V. G. 0.90; rari normoblasti ortocromatici; leucociti 250,000; emocitoblasti 45 %; mieloblasti 20 %; mielociti 7 %; linfociti 7 %. Non rari gli emoistioblasti di Ferrata. Morte dopo 20 giorni. Autopsia: infarti anemici della milza, ulcerazioni del cieco.

L'O. presenta preparati colorati di sangue e preparati istologici di ghiandole linfatiche, fegato e intestino.

Il Segretario: A. CIVIDALI.

Associazione Medici-Chirurgi specialisti di Palermo.

Seduta inaugurale del 1927.

Presidenza: Prof. TEBALDO CIMINO.

Dopo un breve discorso di occasione, si iniziano le comunicazioni.

Primi saggi di proteino-vaccinoterapia delle infezioni non gonococciche nè tubercolari dell'apparato urinario, mediante iniezioni sottocutanee dell'urina purulenta del soggetto, sterilizzata colla ebollizione. (*Nota preventiva*). (*Uro-pio-terapia*).

Prof. T. CIMINO. — L'O. dopo aver rilevata la frequenza delle infezioni da piogeni nelle malattie dell'apparato urinario e la grande difficoltà della loro cura, soffermandosi sull'odierno orientamento della terapia delle infezioni in genere (vaccino-proteino-terapia), si domanda perchè non si potrebbe nelle infezioni da comuni piogeni dell'apparato urinario, utilizzare l'urina stessa del malato, che di antigeni e di proteine eterogenee non fa certo difetto. Rileva la grande difficoltà dell'uso degli autovaccini che richiedono impianti speciali e sono perciò poco diffusi. L'urina purulenta prelevata dallo stesso soggetto rappresenta un complesso che contiene tutte le cause dell'infezione e tutti gli elementi della specificità.

L'O. si dilunga nell'esame dei singoli componenti di essa: urina, pus, batterii e conclude questa prima parte rilevando che l'iniezione della urina purul. esercita effettivamente un'azione vaccinogena e colloido-clasica, e probabilmente anche autosieroterapica.

L'O. espone quindi la tecnica semplicissima da lui adoperata e tale da essere accessibile a qualunque medico, dovunque eserciti e quali sieno le condizioni in cui si trova. Egli raccoglie l'urina asetticamente, in una capsuletta di porcellana, e specialmente gli ultimi cc. più ricchi di deposito. La porta quindi su una fiamma e la riscalda sino alla ebollizione per sterilizzarla. Dopo di che, freddata, è aspirata e iniettata sottocute. Egli dimostra che nessuno degli elementi ond'è costituita l'urina purul. perde le proprietà curative, colla ebollizione. Si trattiene sopratutto sulle proprietà antigene e dimostra, in base alla esperienza di varii autori, e ai resultati da lui stesso ottenuti con ricerche sierologiche che dettagliatamente espone, come realmente l'urina purulenta scaldata alla ebollizione, mantenga inalterate le sue proprietà immunizzanti.

Espone infine le storie cliniche degli infermi curati nell'Ambulatorio Urologico Municipale di Palermo da lui diretto. Si tratta di una statistica poco numerosa: 13 ammalati; dei quali 10 affetti da infezione cronica (cistite, pielonefrite, ecc.) e 3 di infezione acuta. Nei primi, si sono avute 2 guarigioni complete della infezione; 6 miglioramenti; 2 insuccessi. Nei casi acuti si sono avute costantemente guarigioni. L'uso della uro-pio-terapia è in ogni caso innocuo.

Malgrado l'esiguità della statistica, l'O. ha voluto comunicare questi saggi di cura che ritiene degni di attenzione e di essere sperimentati su più larga scala, per i favorevoli resultati ottenuti e perchè si tratta di un metodo di cura, nuovo a quanto gli risulta, estremamente semplice ed innocuo, che potrebbe divenire popolare.

Segue una discussione cui prendono parte i proff. GIUFFRÈ e CESARE PIAZZA e il dott. MIDULLA.

Contributo alla terapia dell'asfissia fetale con la lobelina.

Prof. M. CIULLA. — L'O. rileva che l'argomento di cui tratta si collega col gran capitolo della protezione della maternità e dell'infanzia, oggi tanto saggiamente posto sotto la sacra tutela della legge. Rileva la frequenza della mortalità fetale per asfissia ed espone dettagliatamente i mezzi comunemente adoperati per rianimare i feti asfittici. Descrive alcuni casi da lui curati colla lobelina, con ottimi risultati. Si trattiene sui risultati ottenuti colla stessa lobelina da altri ostetrici e conclude rilevando come la lobelina ormai non dovrebbe mancare fra i medicinali di urgenza che levatrici e ostetrici debbono sempre aver pronti per ogni evenienza.

Su talune alterazioni oculari nella tubercolosi polmonare.

Prof. G. LODATO. — L'O. riferisce su alcuni punti di una monografia del suo assistente dott. MAZZOLA (R. Clinica Oculistica di Palermo), aggiudicatasi nello scorso anno il premio Borruso. Le alterazioni oculari nella tubercolosi polmonare possono raggrupparsi in una triade: *anisocoria* (ineguaglianza pupillare), *astenopia* (stanchezza della visione da vicino) e *congiuntivite unilaterale*.

Dalle ricerche di varii autori e da quelle di MAZZOLA risulta che nella tubercolosi polmonare unilaterale con molta frequenza esiste anisocoria, con la caratteristica di una pupilla più ampia dal lato del polmone affetto; che quando non esiste anisocoria spontanea, questa può venire provocata dalla istillazione di cocaina e quasi costantemente in questi casi la dilatazione pupillare provocata è maggiore dal lato del polmone malato; che nei casi di tubercolosi polmonare bilaterale i resultati non sono concordi.

Rileva che l'astenopia acquista valore di segno precoce di tubercolosi polmonare solo quando non esistono vizi di refrazione capaci di dar luogo ad astenopia accomodativa o muscolare. In quanto alla congiuntivite unilaterale essa è dovuta ad ipertrofia dei follicoli linfatici della congiuntiva; ha caratteri speciali ed appare pure nell'occhio corrispondente al polmone malato.

Tutte e tre queste alterazioni oculari, per la loro precoce comparsa, debbono tenersi in conto nella tubercolosi polmonare, specie nelle forme incipienti non ancora nettamente diagnosticabili.

Segue una discussione cui prendono parte i proff. SANTANGELO e MIRTO.

Prof. G. CASCIO ROCCA, *segretario*.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'etiologia e la patogenesi dell'artrite.

Numerose osservazioni avrebbero dimostrato che esiste parallelismo tra una diminuita tolleranza per gli zuccheri, le infezioni a focolaio e i processi artritici attivi.

Tale diminuita tolleranza non è di natura diabetica, ma dipende, almeno in parte, da alterazioni del sistema circolatorio. Sperimentalmente fu possibile infatti, provocando tali alterazioni, di generare uno stato di minor tolleranza per lo zucchero nel 57:100 dei soggetti a tolleranza normale.

R. Pemberton (*Journ. A. M. A.*, 16 ott. 1926) fa rilevare la stretta connessione che esiste tra il liquido sinoviale e la corrente sanguigna, per cui il glucosio ingerito per bocca può raggiungere rapidamente nel primo concentrazioni più alte che nel sangue. È perciò logico pensare che molte sostanze possano dalle vie gastro-intestinali raggiungere le cavità articolari.

Ne deriva l'altra deduzione logica che alcune di tali sostanze possano eventualmente riuscir dannose per le articolazioni, inducendovi lo stato di malattia.

Ma affinchè ciò si verifichi è anche necessario che nei soggetti disposti all'artritismo esistano abnormi condizioni vasali che facilitino questi passaggi.

Tale ipotesi troverebbe in parte la sua riprova nello speciale comportamento della conta dei globuli rossi nei malati d'artrite e nei sani. Mentre infatti in questi le prime goccie di sangue estratte dal polpastrello del dito per la conta sono più ricche di emazie che le successive, negli artritici accade il contrario, a causa forse della supposta alterazione circolatoria periferica.

A tale fatto ne va aggiunto un altro d'ordine terapeutico, rappresentato dal benefico influsso esercitato in alcuni casi dall'uso di sostanze medicamentose vasodilatatrici. In più del 60:100 dei casi di artrite con diminuita tolleranza per lo zucchero è stato possibile riportare questa alla norma, utilizzando precisamente tali sostanze.

È dunque assai suggestiva l'ipotesi che una parte almeno del meccanismo della sindrome reumatoide sia dipendente da alterazioni circolatorie.

M. FABERI.

Diagnosi delle artriti dissenteriche.

Secondo Besson e Ehringer (*Paris Médical*, 30 ottobre 1926) la diagnosi di artrite dissenterica non è sempre facile.

Anzitutto, non è sempre dimostrabile che il malato colpito dall'artrite sia un convalescente di dissenteria; infatti, alcune forme di essa possono passare quasi inosservate e non risaltare nell'anamnesi. Inoltre l'epoca di comparsa dell'artrite è assai variabile.

In secondo luogo, il volersi basare sulla benignità dell'artrite per farne la diagnosi etiologica implica un atteggiamento di aspettativa non consigliabile, data la possibilità dell'evoluzione in forme croniche, conducenti talora all'anchilosi, se non si interviene precocemente con la cura specifica.

Inoltre, l'assenza di complicanze cardiache non ci può far escludere del tutto il reumatismo articolare acuto.

Possono i sintomi dell'artrite dissenterica farci escludere facilmente e sicuramente il reumatismo articolare acuto o la artrite blenorragica? Certo che no.

In ogni caso poi, ogni artrite che insorge dopo una dissenteria, non è di necessità una artrite dissenterica. Bisognerà escludere il reumatismo articolare acuto, la blenorragia, la sifilide, la tubercolosi.

Il valore delle ricerche di laboratorio è relativo: una sieroreazione positiva è possibile anche in un malato che abbia avuto una dissenteria molto tempo prima.

L'aspetto del liquido intraarticolare, se esso esiste, non è patognomonico: nè forniscono schiarimenti maggiori l'esame citologico (polinucleosi) e culturale (liquido sempre sterile).

Gli AA. propongono un mezzo diagnostico che ritengono sia l'unico sicuro basandosi su vari casi studiati e riportati da loro: il comportamento delle prove di agglutinazione del liquido estratto dall'articolazione

Secondo la loro esperienza, il potere di agglutinazione di questo liquido è eguale a quello del siero di sangue nelle forme di artrite dissenterica, ed allo stesso titolo che quello del siero di sangue.

Tali fatti esigono ulteriori conferme, ma debbono essere tenuti in gran conto per la diagnosi.

Non si esclude che procedimenti analoghi possano adoperarsi per altre forme di artriti infettive: blenorragiche, meningococciche, melitococciche, ecc.

GARRONE.

L'artrite sifilitica.

A. H. Todd (*Brit. J. of Surg.*, ottobre 1926) rileva che l'artrite sifilitica era già ben conosciuta nel medio evo.

Frequenza: Parrot dice che il 5 % dei bambini eredo-luetici hanno artrite; su 77 bambini con cheratite puntata o altre stigmate di lues 39 %, secondo Fournier, 56 %, secondo Hippel, hanno artrite (di solito al ginocchio); 70 % delle artriti dei bambini sarebbero luetiche (Schüller), il 70 % degli indigeni del Marocco hanno, secondo Lacatère, artriti luetiche.

Il quadro clinico è variabilissimo.

Artrite nella sifilide congenita: La forma tipica nei bambini è la *osteocondrite sifilitica di Parrot*: flogosi iuxtaepifisaria insorgente entro i primi 3 mesi di vita; colpisce più spesso gli arti superiori. La cartilagine e l'osso subiscono una trasformazione gelatinosa; l'epifisi può distaccarsi o aversi una frattura. La linea epifisaria è irregolare, il periostio ispessito, lo spazio articolare aumentato. Possono aversi accorciamenti o incurvamenti.

Nei ragazzi si ha la forma detta *Cutton's Joint* (articolazione di Cutton): idartrosi simmetrica delle due ginocchia; decorso insidioso, senza febbre e senza dolore.

Aforisma clinico n. 1: L'idrope bilaterale, indolore, delle ginocchia nei ragazzi, è dovuto a lues. Di solito la prognosi con la cura opportuna è buona.

Forme precoci di artrite luetica acquisita negli adulti. Non si hanno forme particolari proprie ai singoli periodi. Le forme più gravi corrispondono di solito agli stadi tardivi. D'Arcy Power ha fatto una classifica delle artriti luetiche, e l'A. la segue.

Artralgia: spesso considerata come reumatica. Il dolore è spesso notturno, non aumenta con i movimenti. W. R. I derivati arsenicali sono più utili di solito del mercurio. L'artralgia dipende forse da infiltrazione dei muscoli, fascie ecc.

Aforismo clinico n. 2. Non diagnosticare un reumatismo finchè la sifilide non è stata esclusa.

Idartrosi: nella lues secondaria si ha come: *a*) forma transitoria e *b*) forma permanente. La forma transitoria colpisce di solito il ginocchio; può essere poliarticolare; abbondante versamento; forma cronica, raramente acuta. Migliora rapidamente con gli antiluetici. La forma permanente può avere inizio acuto. Decorso poco doloroso, talora versamento bilaterale (fatto molto suggestivo); scarsa atrofia.

Forma plastica: nella sifilide secondaria è più rara dell'idartrosi. Ispessimento della sinoviale e dei tessuti perisinoviali. Scarso liquido torbido, che dà la W. R. Lieve crepitazione nei movimenti articolari. Risponde lentamente alla cura. Talora anche i capi articolari sono interessati, e si passa allora alla forma osteo-artritica.

Artriti nel periodo terziario:

Artrite gommosa: All'inizio la sola sinoviale è presa. In seguito si hanno forme fibrose e ulcerative. Simulano le artriti tubercolari. Può osservarsi nella sifilide ereditaria e nella acquisita.

Axhausen ne distingue una forma sinoviale e una ossea. La 1ª si osserva più spesso nei bambini e nella lues congenita. Colpisce ginocchia, collo del piede, gomito, spalla. Notevole versamento, scarso dolore (la forma dolorosa è rara). Di solito sono ispessiti i tessuti perisinoviali. I bambini possono camminare abbastanza bene, anche con un'artrite del ginocchio (contrariamente alla forma tubercolare).

Forma ossea: le alterazioni ulcerative si hanno nell'osso, ma le lesioni colpiscono tutte le parti dell'articolazione. Le gomme possono aprirsi all'esterno. Le alterazioni ossee possono essere diffuse a gran parte dello scheletro. Talora è colpita la colonna vertebrale, e allora la somiglianza con la tubercolosi è grande. Accanto alle ulcerazioni ossee si hanno osteofiti.

Forma pseudo-reumatica. Nei bambini può seguire all'idartro bilaterale delle ginocchia. Parecchie articolazioni possono essere colpite simultaneamente, ma la malattia ha un decorso meno acuto che nel reumatismo vero, e non risponde alla cura salicilica. Frequente è la cheratite. Il dolore è assai modico, non rossore, non febbre. Negli adulti giovani la forma è più rara, ed ha un decorso più acuto.

Forma pseudo-reumatoide. Simula molto la forma di reumatismo cronico, che deforma le dita.

Forma suppurativa: Nella forma congenita può aversi necrosi asettica. Può essere l'esito della forma gommosa. La W. R. deve essere fatta non solo nel sangue, ma anche nel liquido dei versamenti.

CHIASSERINI.

Localizzazione articolare di natura malarica.

G. Occhipinti (*Riv. di Malariologia*, 1926, n. 4) riferisce il caso di un individuo di 55 anni, che all'età di 22 contrasse la malaria, manifestatasi con sintomatologia letargica che si alternava con una forma gastro-intestinale; in entrambe le forme, la somministrazione di chinina faceva scomparire i disturbi.

All'età di 45 anni, dopo un grave attacco di perniciosa, il paziente fu costretto a rimanere in letto per una tumefazione dell'articolazione tibio-astragalica destra. I fenomeni scomparvero dopo una ventina di giorni. Ma, a distanza di oltre un anno e dopo una lunga interruzione di cure chinino-arsenicali, provò, all'alzarsi, un dolore all'articolazione tibio-tarsica destra; il dolore andò

gradatamente aumentando ed accompagnandosi a gonfiore locale, finchè al settimo giorno comparvero brivido e febbre a 40°; la cura chininica fece scomparire in 5 giorni, oltre che la febbre, anche la tumefazione ed il dolore, senza nessuna cura locale. Attacchi di tal genere si ripeterono sempre con la stessa sintomatologia e cioè: al primo giorno, articolazione non dolorosa, leggero gonfiore, movimenti conservati e poco dolenti, dolenzia alla compressione dei malleoli e dolore forte alla deambulazione. I disturbi aumentano gradatamente fino al 5° giorno, in cui l'articolazione è molto gonfia, pelle tesa, leggermente arrossata, dolorosa alla compressione specialmente dei malleoli, senso di fluttuazione, impossibilità di poggiare sul piede col peso del corpo. Al 6° giorno, l'attacco febbrile. Con il chinino, scomparsa prima della febbre e poi gradatamente del dolore e del gonfiore; nessun disturbo postumo a carico dell'articolazione.

La coincidenza dell'intensa reazione articolare con gli attacchi febbrili, la scomparsa di essa con la somministrazione della chinina che, contemporaneamente, impediva o troncava l'accesso febbrile, mentre senza somministrazione i fenomeni locali davano l'aspetto di un'artrite acuta, sono elementi bastevoli per far pensare ad una localizzazione articolare del plasmodio malarico.

Il caso merita attenzione in quanto che non si tratta delle lievi osteo-artralgie contemplate dai trattatisti, ma di una vera e propria alterazione articolare obbiettiva, che deve essere tenuta presente dal medico pratico.

fil.

Vaccinoterapia e diagnosi sierologica nelle artriti.

La vaccinoterapia nelle lesioni artritiche è diventata di voga ed è considerata da taluno come una panacea; in caso d'insuccesso si tenta l'eteroproteinoterapia, talora senza successo, tal'altra con risultati brillanti.

R. Burbank (rif. in *Surgery, Gynecology a. Obstetrics*, genn. 1927), dal 1916, continua degli studi sierologici in questo campo. Ha isolato differenti tipi di streptococchi dai denti, dalle tonsille, dai seni, nasofaringe, cistifellea, tratto intestinale e prostata ed ha fatta, con questi stipiti, la prova della fissazione del complemento col sangue del paziente. I vaccini fatti con queste colture danno risultati migliori di quelli usati dapprima. Sono stati così isolati 35 stipiti di streptococco, di diversi tipi e da varie sorgenti e sono questi che si usano per la vaccinoterapia.

Il primo passo nell'esame del paziente è dato dalla determinazione del valore complementare, il caso si tratta allora secondo la classificazione sierologica. La prognosi è in rapporto costante con l'intensità della reazione.

Praticamente, secondo l'A., si ottengono risultati favorevoli in tutti i casi di artrite con un favorevole valore complementare, quando vi sia un focolaio infettivo non drenato od una malattia debilitante, purchè il trattamento venga continuato per un considerevole periodo di tempo.

fil.

Cura delle artriti blenorragiche acute.

Bresset (*Paris Médical*, n. 39, 1926) fa la storia dei diversi tentativi di cura e riferisce su 9 casi da lui trattati con puntura e siero terapia endoarticolare; con artrotomia e siero terapia introarticolare, con vaccinazione endoarticolare. L'A. non ha trattato nessuno dei malati con la semplice artrotomia; metodo difeso fin dal 1892 da Thiery il quale credeva che tutte le artriti blenorragiche così curate nei primi otto giorni di malattia guarivano rapidamente e con il minimo di complicanze. Questo stesso concetto era stato seguito da Parizeau e Thiéry. Recentemente altri autori (Rouvillois, Dujarier, Lefebvre, Ginisty e Lanos, Hartmann et Bazy) ottennero buoni risultati dopo insuccessi con la siero terapia intraarticolare. Tuttavia questo metodo presenterebbe delle grandi incertezze, poichè, come giustamente afferma Bazy l'artrite blenorragica non è solamente una malattia locale ma una infezione generale. È logico quindi agire e sul fatto locale e sullo stato generale. La siero terapia sottocutanea infatti trovando la sua indicazione razionale allevia non poco i fenomeni dolorosi. È necessario, inoltre, che il siero agisca localmente e quindi sarà necessario praticare o la puntura o la artrotomia.

L'A., usando la terapia intraarticolare per tempo ottenne nel 1°, 3° e 6° caso ottimi risultati mentre nel 2° e 4° i risultati furono molto relativi.

Tanto se l'articolazione sia vuotata con la puntura o con l'artrotomia occorre iniettare una quantità di siero uguale a quella levata; in generale da 20 a 30 cmc. per un ginocchio, da 4 a 5 cmc. per un collo di un piede o un polso; da 8 a 10 cmc. per un gomito. Nello stesso giorno da 30 a 50 cmc. di siero saranno iniettati sotto la pelle, il giorno dopo e dopo 2 giorni altri 20 cmc. sottocutanei. Se si manifestano fenomeni locali e generali occorre arrestarsi, altrimenti si pratica nel 4° giorno un'altra iniezione di 20 cmc., praticando nel tempo stesso una aspirazione intraarticolare seguita da un'altra iniezione di siero. L'A. non ha riscontrato mai inconvenienti da siero somministrando fin dal primo giorno della cura ai pazienti dell'*adrenalina*. In genere l'A.

se la malattia è recente, pratica una puntura seguita da pulizia della articolazione con *l'etere e iniezione di siero*. Se, dopo la terza puntura i fenomeni non tendono a regredire, pratica una *artrotomia laterale esterna seguita da lavaggio con l'etere*. Nei casi che si accompagnano a periartrite intensa e che assumono un andamento flemmonoso, cosa che si riscontra spesso nella articolazione del polso e del collo del piede consiglia di praticare subito l'artrotomia anche se il versamento è modico. In tutti i casi consiglia la mobilizzazione precoce attiva appena che i fenomeni dolorosi siano cessati. Saranno inoltre da raccomandare *l'elettro terapia* e la *fisioterapia* che, alle volte, possono dare un miglioramento insperato.

T. LAURENTI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Gli scambi organici tra tessuti e sangue nei sani e nei malati.

Uno dei problemi più importanti è quello del comportamento dell'acqua nell'organismo. Per avere dei dati utili conviene però che lo studio di questo comportamento non sia limitato ad un solo organo, come ad esempio il rene, bensì a tutti gli organi cointeressati in tali scambi.

H. Marx (*Zentrbl. f. inn. Med.*, n. 41, 1926), studiando metodicamente l'argomento, ha notato in primo luogo come, dopo l'ingestione di liquido, si provochi una netta diluizione del sangue, che decorre con una curva tipicamente difasica, e che è dimostrabile con la determinazione dell'emoglobina. E poichè la ripartizione degli eritrociti è, in condizioni normali, uguale, si tratta qui di oscillazioni della quantità totale del sangue, e rispettivamente del plasma.

Le prove con quantità di liquido variabili dimostrarono che la diluizione sanguigna è indipendente da tale quantità; le singolarità del decorso della curva non possono spiegarsi che con il riassorbimento e l'eliminazione. La diuresi non è la semplice conseguenza della diluizione del sangue; ambedue i processi sono piuttosto coordinati e dipendenti da meccanismi preordinati.

In ulteriori esperimenti si sostituì alla ingestione di liquido la suggestione del bere, in istato d'ipnosi. Si manifestò parimenti una diluizione tipica del sangue, e in pari tempo una netta diuresi, per cui se ne può dedurre che i processi di scambio e la diuresi sono soggetti ad un influsso regolatore d'origine centrale.

La determinazione del contenuto in albumina e in cloruro sodico del siero e del sangue totale dimostrò che generalmente, dopo aver bevuto, entra in circolo un liquido povero di tali sostanze. Il movimento del cloruro tra i tessuti e il sangue dipende però da un periodo anteriore, nel senso che, se in tale periodo si è introdotta una quantità notevole di cloruro sodico, dai tessuti fuoriesce un liquido che contiene più cloruro che il sangue. Anche questo dimostra che non si tratta di un semplice processo di diffusione, bensì di processi dipendenti dalla disposizione dell'organismo e dall'entità delle sostanze che vi sono depositate.

L'A. ha poi studiato l'influsso degli stimoli vasomotori sui processi di scambio, usando i bagni freddi e caldi e i bagni di luce, coi quali si influenzano fondamentalmente i vasomotori cutanei, per quanto non vengano del tutto risparmiati altri territori capillari.

Nel bagno caldo si riscontrò una diminuzione netta dell'emoglobina, durata per 1-2 ore dopo lo stimolo. Nel bagno freddo, al contrario, si trovò un forte aumento dell'emoglobina per sottrazione di liquido dalla corrente sanguigna. La composizione dei liquidi, determinata in rapporto all'albumina e al cloruro di sodio, risultò straordinariamente varia.

Passando al campo patologico, le ricerche furono estese in malati di rene grinzo. In tali malati, dopo l'ingestione di liquido, si verifica una grave alterazione dei processi di scambio tra tessuti e sangue. Nei primi minuti si ha una diluizione del sangue, di breve durata, dopodichè i valori dell'emoglobina restano costanti.

Qualcosa di simile avviene con gli stimoli vasomotori: mentre nei sani si ha una netta diluizione sanguigna, con diluizione dell'emoglobina del 10-15:100, nei malati con isostenuria i valori dell'emoglobina si mantengono costanti, con piccole oscillazioni, ed aumentano poi a poco a poco.

La prova che i capillari siano interessati è data dall'arrossamento cutaneo e da una diminuzione della pressione sanguigna di 40-50 mm. Hg.

Si può tuttavia ritenere che la permeabilità della parete dei capillari sia mutata, e che venga da essi opposta una certa resistenza al passaggio dei liquidi dei tessuti.

Nel rene grinzo, e nel complesso sintomatico dell'isostenuria, si tratta pertanto non solo di un'alterazione renale, bensì anche di un'alterata funzionalità dei territori capillari del corpo.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Ai dottori A. Petyx di S. Giovanni Gemini ed E. Laurora, di Monzambano:

D'imminente pubblicazione è la *Storia della medicina dai tempi antichissimi ai nostri giorni* di ARTURO CASTIGLIONI (Milano, Soc. Editr. « Unitas »). Segnaliamo anche i lavori di S. DE RENZI e di F. PUCCINOTTI; possono ricercarsi presso librerie antiquarie.

G. B.

Al dott. B. M., da S.:

L'avanzamento per gli ufficiali medici di complemento avviene ad anzianità ed a scelta per titoli. Non vi sono quindi programmi di esami. I titoli occorrenti per la scelta sono compresi nell'art. 116 della circolare 369, dispensa 34 del *Giornale Militare*, 1926.

La domanda ed i titoli vanno presentati al Comando del Distretto. I limiti per essere compresi sul quadro d'avanzamento 1927 sono per i tenenti medici di complemento: 25 dicembre 1916 per l'avanzamento ad anzianità; 1° febbraio 1917 (fino a Modesto G.) per l'avanzamento a scelta: vedi dispensa 61 del *Giornale Militare*, 1926.

A. C.

VARIA.

I tumori delle piante.

Magrou (*Travaux de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière*, Masson, 1926), ha studiato i tumori delle piante che si sviluppano per l'azione del b. tumefaciens scoperto dallo Smith. La malattia si presenta specialmente nelle piante zuccherine e si manifesta con la formazione di tumefazioni nel punto di passaggio tra radice e fusto. Le tumefazioni possono assumere dimensioni notevoli e presentano una analogia con i tumori maligni umani per la facilità di metastatizzare conservando la struttura originaria. Così p. es. le metastasi nelle foglie mostrano la struttura del fusto. Questi tumori non si differenziano in modo netto dai tessuti vicini; in essi pur riconoscendosi la struttura del fusto non si osserva mai una regolarità negli elementi cellulari che si presentano disposti irregolarmente con nuclei spesso in mitosi. Dai tumori stessi possono svilupparsi rami e foglie che si arrestano ad uno sviluppo incompleto per cui l'autore paragona questi tumori ai teratomi. Spesso, secondo Magrou si accompagnano a cachessia della pianta.

Il bacillo è scarsissimo nei tessuti ammalati mentre lo si coltiva facilmente con prelevamenti fatti nei tessuti sani vicini.

Queste ricerche vengono messe in rapporto ad alcuni lavori pubblicati dal Blumenthal e dalla sua scuola nel 1924. E precisamente questi avrebbe rinvenuto in 12 casi di tumori maligni umani su 30 esaminati un bacillo di qualità morfologiche e colturali identiche a quelle del b. tumefaciens. L'analogia sarebbe ancora più evidente perchè in questi casi il bacillo non esisteva nel tumore ma nei tessuti sani vicini. Verrebbe dimostrata così l'importanza che ha lo studio dei tumori batterici delle piante per la patologia umana.

(È da osservare in riguardo allo studio del Magrou che in alcuni lavori pubblicati quest'anno dallo stesso Blumenthal, questi rinnega completamente le sue ricerche di due anni fa dicendosi convinto che non esista una base alla teoria infettiva dei tumori maligni. N. del R.).

VALDONI.

Inoculazione accidentale di un tumore maligno nell'uomo.

Uno studente in medicina, nell'aspirare con una siringa il versamento raccoltosi sotto la cicatrice di un carcinoma del seno operato, si punse accidentalmente la mano ed ebbe l'impressione che l'ago fosse penetrato fino all'osso. Il luogo della puntura venne cauterizzato con il galvanocauterio.

Circa due anni dopo egli avvertì dolori alla mano; nel luogo della puntura si notava un rigonfiamento duro; all'ascella si palpava una ghiandola della grossezza di una noce, che venne escisa. Alla mano si andò sviluppando un nodulo che venne pure esciso; la ferita guarì per prima, ma i movimenti dei flessori divennero sempre più limitati e sulla cicatrice si svilupparono dei noduli. Venne allora praticata la disarticolazione della spalla.

Dall'esame istologico risultò che il tumore mammario era un carcinoma encefaloide atipico; quello palmare un sarcoma fusocellulare che aveva invaso i linfatici e le ghiandole ascellari. Le cellule epiteliali molto atipiche del tumore originale hanno preso, nel nuovo ospite i caratteri istologici del sarcoma. Le inoculazioni negli animali sono rimaste negative.

P. Lecène e A. Lacassagne (*Ann. d'anat. path.* e *Edinburgh med. Journ.*, giugno 1926), fanno rilevare che la loro osservazione di inoculazione di un tumore maligno da uomo ad uomo è unica nella letteratura; essa, ben documentata dal punto di vista istologico, è dunque di grande importanza.

fil

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Nuove norme per la dispensa dal servizio degli impiegati dello Stato.

(R. D. 6 gennaio 1927, n. 57; *Gazz. Uff.* 1° febbraio n. 25). (1)

Art. 1. — Gli articoli 51 e 52 del regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2960, sullo stato giuridico degli impiegati civili dell'amministrazione dello Stato, sono sostituiti dai seguenti:

« Art. 51. — È dispensato dal servizio l'impiegato che sia riconosciuto inabile per incapacità o per motivi di salute e quello che dia scarso rendimento.

« La dispensa può anche essere decretata quando sia necessaria nell'interesse del servizio.

« È dispensato, inoltre, l'impiegato inetto alle mansioni del suo grado, a meno che l'amministrazione ritenga di poterlo utilizzare nel disimpegno delle mansioni del grado immediatamente inferiore. In tale caso, spettano all'impiegato lo stipendio e il supplemento di servizio attivo assegnati a quest'ultimo grado, in base alla anzianità dalla nomina al grado stesso.

« È dispensato, infine, l'impiegato che per manifestazioni compiute in ufficio o fuori di ufficio non dia piena garanzia di un fedele adempimento dei suoi doveri o si ponga in condizioni di incompatibilità con le generali direttive politiche del governo.

« La dispensa è deliberata, per gli impiegati aventi grado superiore al quinto, dal consiglio dei ministri. Per gli impiegati di minor grado è preceduta dal parere del Consiglio di amministrazione.

« Quando la dispensa sia determinata dal motivo indicato nel comma quarto del presente articolo, la deliberazione del consiglio dei ministri è necessaria per gli impiegati di grado superiore all'ottavo. Per gli impiegati di minor grado occorre il parere del consiglio di amministrazione.

« Il titolo della dispensa deve risultare dal relativo decreto, nel quale si deve, inoltre, far cenno, secondo i casi, della deliberazione del consiglio dei ministri o del preventivo parere del consiglio di amministrazione, quando l'una o l'altra occorrano.

« Nei casi di dispensa per motivi di salute, si procede all'accertamento delle condizioni sanitarie dell'impiegato mediante visita medico-collegiale ».

« Art. 52. — All'impiegato proposto per la dispensa dal servizio è fissato un termine per presentare, ove creda, le sue deduzioni.

« L'impiegato proposto per la dispensa dal servizio per uno dei motivi previsti dal primo o dal terzo comma del precedente articolo, può chiedere di essere sentito personalmente dal consiglio di amministrazione.

« Art. 2. — Il presente decreto entrerà in vigore nel giorno della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno ».

(1) Queste norme riguardano soltanto gli impiegati dello Stato.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XI. — Concorsi universitari: limiti del sindacato attribuito al Consiglio superiore della Pubblica Istruzione e al Ministero.

Il sindacato attribuito dalla legge al Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione e al Ministero sui risultati dei concorsi universitari è di pura legittimità e non altresì di merito. Il Consiglio di Stato, dissentendo dal Consiglio Superiore, ha già stabilito — e recentemente ha confermato questa massima con decisione 8 ottobre 1926, n. 596 — per un principio più generale che si può sintetizzare così: qualora l'organo che deve provvedere alla nomina deferisce o la Legge attribuisce ad una Commissione l'esame dei titoli o delle prove dei vari aspiranti, l'organo deliberante non può sostituire il proprio giudizio a quello della Commissione, *per quanto concerne le attitudini tecniche dei candidati*, in rapporto all'ufficio messo a concorso, e può soltanto respingere le proposte nomine per *illegittimità* del procedimento. Non è concepibile — dice il Consiglio di Stato — un doppio esame rispetto al merito del candidato: esame prima fatto da una Commissione speciale, poi dal Consiglio Superiore, dove può anche non essere compreso alcun insegnante della materia, cui si riferisce la cattedra messa a concorso.

L'art. 5 del R. decreto-legge 4 settembre 1925, n. 1604, dispone che « il Ministro, sentito il parere del Consiglio superiore circa la regolarità degli atti (del concorso) decide della loro approvazione »: queste parole fissano chiaramente i limiti ed il carattere del parere attribuito al Consiglio superiore: è un parere di legalità, non di merito; è un sindacato sulla regolarità dell'ope-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

rato della Commissione, non una revisione del giudizio intrinseco.

Il Consiglio superiore non sostituisce un giudizio proprio, sulla valutazione dei titoli dei concorrenti, della loro maturità o immaturità, qualora rilevi una contraddizione tra le premesse e le conseguenze della deliberazione della stessa Commissione esaminatrice: tra il giudizio dato sui candidati in un primo momento (giudizio individuale) e quello dato in un secondo momento (esclusione dalla terna); poichè un vizio logico infirmante un atto è obbietto del sindacato di legittimità. Quando si dice che il sindacato dell'autorità amministrativa sui risultati di un concorso non è di merito ciò non va inteso nel senso — soggiunge il Consiglio di Stato — che esso si limiti ad accertare che non sia stata violata una precisa disposizione di legge o di regolamento o di bando di concorso.

Lo stabilire se dai giudizi o apprezzamenti della Commissione sui singoli candidati si possa dedurre l'idoneità di altri concorrenti, oltre quelli indicati come idonei, richiede ed importa un apprezzamento tecnico interdetto al giudice di legittimità (conf. decisione della IV Sezione, 1 dicembre 1916, ric. Barbagallo).

Quanto ha ripetutamente affermato la IV Sezione del Consiglio di Stato circa i principi generali, le garanzie procedurali da osservarsi dalle Commissioni esaminatrici in materia di concorsi a pubblici impieghi in genere (fissazione dei criteri direttivi, valutazione del merito assoluto di idoneità, scelta fra i candidati per merito comparativo, motivazione dei rispettivi giudizi) non può trovare applicazione nel campo dei concorsi a cattedre universitarie, materia, per la sua importanza e per la sua finalità, di carattere singolarissimo e disciplinata con norme speciali legislative e regolamentari.

Dalle diverse disposizioni legislative e regolamentari succedutesi dal 1910 fino al R. D. 4 settembre 1925 n. 1604 — che si limita a prescrivere che la commissione, con motivata relazione propone al più tre candidati che essa ritenga degni di coprire la cattedra messa a concorso, graduandoli in ordine di merito e non mai alla pari — balza evidente come, nonostante il variarsi di sistemi e di modalità, due concetti informatori restano fermi: l'uno, quello di affidarsi largamente alla scrupolosa coscienza dei componenti la Commissione giudicatrice del concorso, lasciando ai medesimi la responsabilità, sopratutto morale dell'esercizio del geloso e delicato loro incarico; l'altro, quello di evitare che dai giudizi della Commissione potesse rimanere eccessivamente menomata la dignità, il prestigio, la reputazione dei candidati, spesso anch'essi addetti all'insegnamento libero od ufficiale, quasi sempre esercenti la libera professione.

La censura del difetto di motivazione rientra nel campo del sindacato di legittimità; ma non sussiste siffatta censura quando il giudizio sintetico dato sui designati dalla Commissione confrontato con quelli pronunziati sugli esclusi dalla terna convince della fatta dimostrazione della superiorità dei primi, mentre nessuno dei giudizi relativi ai secondi è immune da osservazioni, riserve, critiche e constatazioni di deficienza.

Segnaliamo queste notevoli e perspicue risoluzioni, risultanti dalla citata decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato 8 ottobre 1926, n. 596, estensore il consigliere Furgiuele. Per risoluzioni analoghe si può consultare utilmente un'altra decisione della IV Sezione 29 ottobre 1926, n. 653, anche questa assai importante e redatta con la consueta acutezza e precisione giuridica dallo stesso consigliere Furgiuele.

Qui basterà rilevare che anche la seconda decisione ha dichiarato illegittimo un provvedimento del Ministero e del Consiglio Superiore che aveva annullato il risultato di un concorso universitario ritenendo irregolare e contraddittoria la relazione della Commissione circa la valutazione dei titoli scientifici e della prova dell'attitudine didattica.

XII. — Efficacia dei provvedimenti non ancor vistati dal Prefetto.

Accade talvolta che un provvedimento sia notificato prima che sia vistato dal Prefetto. Si può in tal caso attendere o si deve ricorrere entro il termine stabilito, con decorrenza dalla data della notificazione? Il visto del Prefetto non perfeziona intrinsecamente l'atto o provvedimento, il quale è perciò, senz'altro, impugnabile.

☛ ***Pubblicazione indispensabile:***

Dott. Cav. Uff. ALBERTO VIGO (Doctor Justitia).

LA LEGISLAZIONE SANITARIA

:: in rapporto all'esercizio professionale ::

(Manuale contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che si riferisce all'esercizio professionale, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitarii e del personale addetto ai laboratori di vigilanza igienica).

Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati sole L. **13.75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista.

Si è riunita la Commissione direttiva del Gruppo Liberi Docenti del Sindacato sotto la presidenza del Sindacato Medico Provinciale dott. prof. Ermanno Fioretti, il quale ha comunicato che la Facoltà medica con piacere prenderà in considerazione i desiderata espressi dal Gruppo Liberi Docenti per quanto riguarda l'insegnamento.

La Commissione ha discusso poi i vari argomenti messi all'ordine del giorno.

Infine ha stabilito di intensificare lo studio dei vari problemi riguardanti l'istituto della libera docenza ed ha anche in massima deciso di far tenere da diversi liberi docenti delle conferenze nei locali del Sindacato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANAGNI (*Frosinone*). *Congreg. di Carità*. — Direttore chirurgo operatore nell'Ospedale Civile Consorziale; a tutto 10 apr.; vedi fasc. 12.

BARI. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Gravina in Puglia; al 31 mar.; vedi fasc. 11.

BELMONTE MEZZAGNO (*Palermo*). — Al 10 apr.; L. 11,000 e 5 quinquenni dec.; L. 1000 per uff. san.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Tre medici astanti per l'Ospedale Maggiore; lire 10,000, c.-v., vitto e alloggio nei giorni di servizio, metà contrib. C. P.; servizio accettaz. ammalati e guardia. Nomina e conferma biennali. Scad. ore 17 del 5 apr. Età mass. 35 a. Docum. a 3 mesi dal 5 marzo.

BISACQUINO (*Palermo*). — Scad. 30 mar.; lire 8500 e 5 quinquenni dec., 1° c.-v. ridotto del 25 %.

CAMERINO. *L. Università*. — Professore non stabile di anatomia umana normale. Scad. 30 apr. (D. M. 31 dic. 1926 pubblicato sulla *G. U.* 29 genn. 1927).

CASTELLUCCHIO (*Mantova*). — Scad. 30 marzo; 2ª cond.; L. 10,000 e 5 quadr. dec.; L. 1800 cavallo o bicicl.; L. 500 ambul. a domicilio; c.-v. di L. 2000 se coniugato, L. 1250 se celibe; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). — Al 31 mar.; 1ª cond.; ab. 2238; L. 9500, oltre L. 2000 quota var.; 6 quadrienni dec., riconoscim. 2 quadrienni altri Com.; L. 3500 trasp.; L. 500 uff. san. Età lim. 33 a. Tassa L. 50.15. Per altre informazioni rivolgersi Sindaco.

CASTIGLIONE IN TEVERINA (*Roma*). — Scad. 9 apr.; due cond.; L. 10,000 e c.-v.; L. 400 per l'uff. san. Tassa L. 50.05.

COSENZA. *R. Prefettura*. — Ufficiali sanitarî per 3 Comuni e 2 Consorzi; scad. 30 apr.; v. fasc. 11.

FAEDIS (*Udine*). — Scad. 4 apr.; L. 9000, oltre L. 500 serv. attivo, L. 3000 trasp., c.-v., L. 900 uff. san.

FIUMINATA (*Macerata*). — Al 31 mar.; L. 9000 e 3 quadrienni dec. con riconoscim. un quadriennio; c.-v.; 10 % aum. provvisorio; L. 500-1000-2500 trasp.; ab. 1500; età lim. 24-40 a.

GENOVA. *R. Prefettura*. — Uff. san. e direttore dell'Ufficio Municip. d'Ig. del Comune di Genova unificata; scad. 25 apr.; vedi fasc. 11.

MOGLIANO (*Macerata*). — Scad. 31 mar.; vedi fasc. 11.

MORFASSO (*Piacenza*). — Al 15 apr., ore 18; ab. 5175; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10; docum. a 3 mesi dal 12 mar.; stip. L. 11,000 e 5 quadrienni dec.; L. 2100 quota integraz.; L. 2.50 ogni pov. oltre i 1000; L. 3000 trasp.; L. 1200 assegno sopprimibile; L. 650 uff. san.; L. 400 se ambulat.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia*. — Ufficiali sanitarî per due Comuni e un Consorzio; vedi fasc. 11. Scad. 25 aprile.

PONTECCHIO (*Rovigo*). — Scad. 31 mar.; L. 8000; c.-v.; indennità trasporto; alloggio dietro tenue fitto, ecc.

REFRANCORE (*Alessandria*). — A tutto 31 mar.; L. 7000, oltre L. 800 uff. san. e L. 1800 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

ROMA. *Ministero della Marina*. — 8 tenenti med. in serv. perm. nel Corpo San. Milit. Maritt. Scad. 5 mag. Esami il 6 giu. I vincitori ammogliati dovranno produrre le prove di possedere la rendita annua di L. 4500 nominali; il Ministero si riserva di assumere informazioni sulla moralità della moglie e della famiglia di lei. Rivolgersi Direz. Gen. del Personale e dei Servizi Sanitarî - Divisione Stato Giuridico.

TAVOLETO (*Pesaro*). — A tutto 31 mar.; L. 8000, c.-v., 4 quadrienni dec., L. 3000 cav., L. 300 uff. san., addizion. L. 2 oltre 500 pov. e L. 3 oltre 1000, casa grat.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15. Ab. 1352.

TERRANOVA DI SICILIA (*Caltanissetta*). — Scad. 2 mesi dal 21 feb.; L .8000, oltre c.-v.

TRIESTE. *R. Prefettura*. — Uff. san. del Comune di Trieste; ab. 250,000; L. 25,000, oltre c.-v. in L. 1980 pei celibi, L. 2710 per gli ammogliati, L. 310.25 per ciascun figlio; 12 % percezioni complessive; eventuale indenn. di carica in L. 3000 minime; età lim. 45 a. Divieto di libero esercizio e d'incarichi. Rivolgersi Ufficio del Med. prov. Non oltre le ore 12 del 26 apr. Docum. a 3 mesi dall'11 marzo. Titoli. Speciale consideraz. a nozioni su puericolt. e igiene infant. e servizio igienico in Amministraz. statali o Com. Serv. entro 20 gg.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 10 apr.; per Pierantonio; L. 8000 e 6 quinq. dec., oltre L. 600 serv. attivo e doppio c.-v.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe Sabatini, aiuto presso la R. Clinica medica di Roma, libero docente di patologia medica, ha conseguito la libera docenza in clinica e semeiotica medica. Il dott. Gino Meldolesi, assistente presso la stessa Clinica, ha conseguito la libera docenza in patologia medica.

Rallegramenti cordiali.

Il Senato Accademico della R. Università di Modena nella seduta del 10 corrente ha conferito il premio annuo perpetuo destinato ad onorare la memoria del compianto prof. Riccardo Luzzatto, al dott. Vincenzo Bisceglie, aiuto nell'Istituto di patologia generale diretto dal chiarissimomo prof. comm. Eugenio Centanni. La Commissione giudicatrice nella sua relazione per detto conferimento ha rilevato che « le otto memorie presentate dal dott. Bisceglie formano due gruppi di ricerche sperimentali che rispondono a due serie di indagini, una sullo sviluppo dei tessuti in vitro, l'altra sulle azioni stimolanti della tubercolina, sottoposti quelli e questa all'influenza di vari agenti, fra i quali è da ricordare quello dell'azione delle vitamine; tutti giungono a conclusioni interessanti e dimostrano nel candidato la padronanza della tecnica, che è delicata di per sè stessa. I lavori poi si segnalano anche per la chiarezza della esposizione, per un giusto criterio nell'apprezzamento dei fatti trovati e per un buon corredo bibliografico ».

NOTIZIE DIVERSE.

VI Congresso francese della tubercolosi.

Dall'11 al 14 aprile p. v. si torrà a Lione, sotto la presidenza d'onore dei proff. Letulle, A. Calmette e Bard, il VI Congresso nazionale francese della tubercolosi. I temi posti all'ordine del giorno sono: *a*) *Sezione biologica*: 1) Basi sperimentali delle reazioni allergiche nell'infezione tubercolare (relat. Courmont di Lione); 2) I fattori costituzionali, oltre l'allergia, nell'infezione tubercolare (relatori E. Sergent e Turpin di Parigi); *b*) *Sezione clinica*: 1) La toracoplastica nella cura della tubercolosi polmonare (relat. L. Bérard, di Lione, e Dumarest, di Hauteville); 2) Valore semeiologico dell'esame batteriologico degli espettorati nella tubercolosi polmonare (relat. Cordier, di Lione); *c*) *Sezione medico-sociale*: 1) Preventori e internati presso famiglie (relatori L. Bérard e G. Poix, di Parigi); 2) Collaborazione della classe medica col Dispensario (relat. J. Parisot, di Nancy); *d*) *Sezione infermiere visitatrici*: 1) Importanza sociale dell'infermiera-capo dipartimentale (relat. sig.na Delagrange, di Parigi); 2) L'iniziativa personale nell'attività delle infermiere visitatrici contro la tubercolosi (relat. sig.na Delafontaine, di Parigi); 3) Importanza del tirocinio ospedaliero per le infermiere visitatrici d'igiene sociale e per le infermiere polivalenti (relat. sig.na Hervé, di Rouen).

La quota è di 40 fr. per i membri titolari e di 30 fr. per gli associati. Riduzioni sui viaggi. Le quote debbono essere inviate al tesoriere del Congresso, Masson, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris. Per chiarimenti rivolgersi alla segreteria del Congresso, presso la sede sociale del « Comité National de défense contre la Tuberculose », 66-bis, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6°).

VII Congresso medico latino-americano.

Doveva adunarsi il 15 marzo, nella città di Messico, ma è stato prorogato al 15 luglio, per dar tempo di ultimare importanti lavori, che verranno presentati al medesimo, sull'organizzazione e il funzionamento del « Departamento de Salubridad Pública » del Messico.

II Congresso internazionale sulla malaria.

Si adunerà nel 1930 ad Algeri, in occasione del 50° anniversario della scoperta dell'ematozoo della malaria fatta da Laveran e del centenario della occupazione francese dell'Algeria.

Deliberazioni dell'Opera Nazionale maternità e infanzia.

La Giunta esecutiva dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia ha tenuto due laboriose sedute, nelle quali sono state prese importanti deliberazioni nei riguardi dell'organizzazione dei servizi assistenziali.

La Giunta ha anzitutto deliberato l'istituzione nel Lazio di quattro Cattedre Ambulanti di Puericultura, affidate ad un medico di fiducia dell'Opera Nazionale ed organizzate dalla Delegazione Generale Assistenziale dei Fasci Femminili, alla quale, all'uopo, è stato assegnato un contributo di L. 160,000 a carico del bilancio dell'Opera Nazionale.

La Giunta ha inoltre deliberato l'impianto di un primo nucleo di consultorî ostetrici e pediatrici in 54 Comuni appartenenti a 33 diverse provincie del Regno. Tali consultorî saranno diretti da un medico nominato dall'Opera Nazionale ed organizzati nei locali dei Fasci Femminili. Alle spese d'impianto e di funzionamento provvederà l'Opera Nazionale.

La Giunta Esecutiva ha poi stabilito in via di massima l'istituzione di Colonie Marine permanenti per i figli degli impiegati statali, alle quali verranno ammessi i figli degli impiegati delle ultime quattro classi di rango, mediante il pagamento di una retta integrativa proporzionata allo stipendio, rimanendo a carico dell'Opera Nazionale la parte maggiore della retta di ricovero. L'organizzazione di tali Colonie (sempre a spese dell'Opera), verrà affidata ad associazioni od enti morali di assistenza, che possono offrire le necessarie garanzie.

La Giunta infine dopo aver provveduto alla sostituzione di componenti dei Consigli direttivi di alcune Federazioni Provinciali, ha deliberato la concessione di vari sussidi ad Istituti di Assistenza

di Roma, Firenze, Pistoia, Assisi, Fabbrico, Minervino Murge, Mirano Veneto, Castelnuovo e Valsugana, per un complesso di L. 348,000.

Nuova classifica delle Stazioni di cura.

Al Ministero dell'Interno, sotto la presidenza dell'on. Suardo, si è riunito il Consiglio centrale fra le Stazioni di cura per l'esame del regolamento esecutivo della legge del luglio 1926 relativo allo assetto dei soggiorni italiani e per esperire il parere in merito al riconoscimento ufficiale della qualifica di Stazioni di cura, soggiorno, turismo, a molti tra i nostri più noti centri balneo-termali-climatici.

Il Consiglio ha approvato alla unanimità lo schema di regolamento proposto e ha espresso parere favorevole per la classifica ufficiale di varie stazioni, comprese: Cortina d'Ampezzo, Griante (Cadenabbia), Menaggio, Vallombrosa, Alassio, Albissola, Nervi, Pegli, Rapallo, Santa Margherita Ligure, Varazze, Zoagli, Forte dei Marmi, Viareggio.

Con questa riunione la valorizzazione del patrimonio idro-climatico nazionale segna un passo notevole di pratica attuazione, nella quale tutte le forze vive e operanti del Paese, vivificate dalla volontà e dalla fede fascista, costituiranno un fronte unico di azione, destinato a dare incremento ad una delle attività più interessanti per la economia nazionale.

Con la recente approvazione vengono create 49 Stazioni ufficiali di cura, soggiorno e turismo, numero però ancora esiguo in confronte alle 309 stazioni aderenti al Consorzio nazionale e alle 1200 stazioni francesi, alle 750 tedesche, alle 310 cecoslovacche e alle 950 giapponesi.

Per le Terme di Salsomaggiore.

La Commissione di vigilanza per le Terme di Salsomaggiore ha approvato il progetto per la costruzione di uno Stabilimento per gli operai iscritti alla Cassa Naz. Assicurazioni, capace di accoglierne 400. I lavori relativi saranno subito iniziati, sotto la sorveglianza del Consiglio d'amministrazione delle Terme, e saranno compiuti per conto della Cassa Naz. delle Assicurazioni.

Federazione fra i Consorzi Antitubercolari della Sicilia.

In seguito ad una riunione dei delegati dei Consorzi antitubercolari della Sicilia, tenutasi in Palermo, furono invitati tutti i Consorzi provinciali dell'Isola ad aderire alla costituzione di una Federazione: ed infatti tale Federazione fu ufficialmente proclamata, e ne fu approvato lo statuto per un regolare funzionamento.

Per l'impiego dei gas tossici.

La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato un R. Decreto, datato 9 gennaio 1927, per l'approvazione del Regolamento speciale per l'impiego dei gas tossici.

L'opera di soccorso della Croce Rossa Italiana per i danneggiati del terremoto in Albania.

Il giorno 22 dicembre u. s. un violento terremoto ha distrutto numerose abitazioni di Durazzo e di tutta la zona limitrofa. Una bocca vulcanica apertasi improvvisamente nella zona montagnosa circostante a Durazzo ha iniziato una paurosa eruzione, mentre le acque del lago limitrofo alla città raggiungevano ben presto un tale grado di temperatura da dar luogo alla ebollizione.

Fortissime scosse di terremoto, susseguentisi senza tregua, hanno gettato nel terrore l'intera popolazione di Durazzo e dei paesi vicini.

Il Governo italiano, informato della eccezionale gravità del disastro, dispose senz'altro per un immediato soccorso alla popolazione colpita, affidandone l'attuazione alla Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Italiana organizzò immediatamente una prima spedizione di soccorso composta di un capitano medico, di un tenente commissario, di un maresciallo e di 10 uomini e provvista di 50 grandi tende ricovero, copioso materiale di medicazione, medicinali, attrezzi, viveri, cucine, letti, biancheria, ecc.

Perdurando le gravi condizioni del disastro, una seconda spedizione, con altro ufficiale medico e numerosa squadra di militi, partì alla volta di Durazzo il 2 gennaio, provvista di due vagoni di materiale e di altre trenta tende ricovero.

Successivamente una terza spedizione con altro ufficiale medico e considerevole materiale, specie di carne in conserva e latte condensato, partì per il luogo del disastro il 9 gennaio, seguita a breve distanza da una quarta spedizione.

La missione della Croce Rossa Italiana, di cui ci ripromettiamo di pubblicare in un prossimo numero una dettagliata relazione, è diretta dal capitano medico della C. R. I. dott. Arnaldo Bonfigli. L'opera che essa ha potuto svolgere nelle regioni terremotate è stata della massima importanza sia per la immediatezza del soccorso sia per i larghi mezzi di cui disponeva.

La popolazione colpita ha accolto il nostro personale con vivo senso di simpatia e la Croce Rossa Albanese e tutte le autorità locali, a mezzo numerosi telegrammi, hanno manifestato al Governo ed alla Croce Rossa Italiana tutta la loro riconoscenza.

La Croce Rossa e la lotta contro i tumori maligni.

Secondo accordi intervenuti tra la C. R. I. ed il Consiglio direttivo della Sezione romana della Lega contro il cancro, l'Ambulatorio della Croce Rossa che ha sede in Roma, via Ostiense 125, ha iniziato il funzionamento per l'accertamento diagnostico dei tumori maligni, in orario speciale e distinto da quello per il pronto soccorso che si svolge nell'Ambulatorio stesso.

Inoltre l'Ambulatorio per lattanti, pure della Croce Rossa, che ha sede presso il Preventorio

Maraini sotto la direzione del prof. F. Valagussa, in Via Rubicone 7, in due giorni della settimana eseguirà un servizio di accertamento dei tumori presso i bambini.

La benefica Associazione concorre così alla lotta contro un altro formidabile nemico del vivere umano.

Commemorazione dei Maestri recentemente scomparsi.

Il sommo clinico Antonio Cardarelli è stato largamente commemorato nella sua Napoli: alla Facoltà Medica dal prof. Gaetano Corrado, alla R. Accademia Medico-Chirurgica dal prof. Rodolfo Stanziale, alla I Clinica Medica dal prof. Pietro Castellino, alla II Clinica Medica dal prof. Giuseppe Zazari, al I Istituto di Patologia Medica dal prof. Raffaele Caporali, al II Istituto dal prof. Luigi D'Amato, alla Scuola Libera Medico-Chirurgica dal prof. Andrea Ferrannini, alla Scuola Medica Ospedaliera dal prof. Gabriele Tedeschi, all'Istituto Pareggiato di Diagnostica Medica dai proff. Guido e Fernando Arena, al Circolo Universitario Cattolico dal prof. Paolo Stanganelli. La cronaca di queste commemorazioni è riportata su «La Riforma Medica» del 21 febbraio u. s.

«Studium» ha consacrato al grande scomparso un numero speciale, del 20 febbraio u. s.

* * *

La R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, in occasione del trigesimo della morte di Leonardo Bianchi, ha commemorato i grandi scomparsi Bianchi, Cardarelli e D'Abundo. Il presidente prof. Rodolfo Stanziale mise in rilievo la solennità della cerimonia e preparò l'uditorio affollatissimo. Per Antonio Cardarelli parlò il prof. Pietro Castellino; per Leonardo Bianchi il prof. Cesare Colucci; per Giuseppe D'Abundo il prof. Gaetano Corrado.

Per il prof. Pescarolo.

Nell'Ospedale di S. Giovanni e della Città di Torino è stato festeggiato, da numerosi colleghi, il 40° anno di attività professionale ospedaliera del prof. sen. Bellom Pescarolo.

Onoranze a un medico condotto.

La popolazione di Pozzuoli del Friuli ha tributato commoventi onoranze al dott. Giovanni Carnelutti, che, dopo esserne stato per 38 anni medico condotto, prendeva il meritato riposo. Gli furono consegnati un ricco album con le firme degli abitanti e una medaglia d'oro.

Conferenza del prof. Antonini.

Presso la Reale Società Italiana d'Igiene, davanti a folto uditorio, il prof. Antonini — Direttore del Manicomio Provinciale di Mombello — tenne una conferenza sul cocainismo.

Concluse invocando il sequestro del tossicomane per sentenza di Tribunale; e, plaudendo alle direttive della riforma di Pubblica Sicurezza, colla quale è fatto obbligo ai Sanitari di denunciare i tossicomani d'ogni specie, chiese pure che ad assicurare un avvenire di forza e di grandezza all'Italia, vengano colpiti senza alcun ritegno, quanti prendono parte al traffico della cocaina.

Corso di perfezionamento in igiene.

Avrà luogo presso il R. Istituto d'Igiene di Palermo (via Divisi 93), dal 10 maggio al 10 luglio, per aspiranti ufficiali sanitari, secondo le modalità consuete. Tassa L. 350, oltre i diritti di Segreteria, da corrispondere all'Economato dell'Università.

Corsi complementari e di perfezionamento a Parigi.

Presso la Facoltà Medica di Parigi è stata organizzata, per l'anno 1927, tutta una serie di Corsi complementari e di, perfezionamento, tra cui segnaliamo i seguenti: clinica medica, 4-15 aprile (diagnostica clinica e di laboratorio), 27 giugno-9 luglio (malattie del fegato, vie biliari, pancreas, diabete), 12-25 settembre (malattie digerenti); Clinica medica generale (a partire dal 3 maggio e dal 6 ottobre, per la durata di 3 settimane); Tubercolosi (metà giugno a metà luglio); acquisizioni mediche recenti (2ª quindicina di ottobre); radio-diagnosi medica (durante il mese di novembre); trattamento delle fratture e lussazioni degli arti (16-26 maggio e 11-21 ottobre); chirurgia addominale (20 giugno-9 luglio); tecnica chirurgica (giugno); chirurgia d'urgenza (1-15 aprile); igiene e clinica della prima infanzia (4-25 luglio); clinica e medicina infantili (20-30 aprile); difterite (luglio); ginecologia, corso elementare (9-21 maggio e 19 settembre-1° ottobre) e corso superiore (20 giugno-2 luglio e 17-29 ottobre); ostetricia, corso elementare (vacanze pasquali e prima quindicina di giugno, di settembre, di ottobre) e chirurgia ostetrica (giugno); clinica urologica (8-18 giugno); chirurgia infantile e ortopedia (8-21 aprile); dermatologia, venereologia e tecnica relativa (aprile, maggio, giugno; ottobre, novembre, dicembre); neurologia (3-19 maggio e 24 maggio-10 giugno); anatomia patologica del sistema nervoso (20 giugno-4 luglio); malattie mentali (20-28 giugno); cardiologia (maggio-giugno); tecnica oftalmologica (28 aprile-28 maggio); clinica oto-rino-laringoiatrica, corso complementare (2-17 maggio) e perfezionamento chirurgico (30 maggio-12 giugno); ecc. Le tasse raggiungono un massimo di 250 franchi per ogni corso. Sono stati anche organizzati corsi trimestrali (ottobre-dicembre) per conseguire il diploma di medico coloniale e di medico sanitario marittimo (tassa fr. 850); un corso superiore per il diploma d'igiene (data non precisata, tassa fr. 650); un corso complementare sulla tubercolosi polmonare (tassa fr. 500); un corso di radiologia ed elettrologia di 5 mesi con stage di perfezionamento di 2 anni (tasse fr. 1250); ecc.

Per informazioni e programmi rivolgersi al « Bureau des Rélations Médicales », Faculté de Médecine (Salle Béclard), rue de l'École de Médecine.

Elargizioni e lasciti.

Il noto chirurgo prof. comm. Lodovico Isnardi, morto recentemente, ha lasciato due milioni e mezzo di lire ad Opere Pie della nativa Pigna e della vallata del Noryia (Imperia).

Il sig. Pasquale del Prete di Frosinone ha elargito 400,000 lire a quell'Ospedale Civile e 200,000 per l'erigendo Ospizio dei Poveri.

Case degli Studenti.

A Roma, nei locali di S. Stefano, ad iniziativa della Federazione dell'Urbe, ha avuto luogo l'inaugurazione della Casa dello Studente, con l'intervento di S. E. Fedele, delle più spiccate autorità governative e universitarie, e di uno stuolo di professori.

Negli scorsi giorni si è riunita a Milano, al Palazzo Marino, una Commissione presieduta dal Podestà, on. Belloni, per esaminare la questione della istituzione della « Casa dello Studente » anche nella metropoli lombarda.

Crociere di " Bruxelles-Médical ".

Sono state organizzate le seguenti crociere: a partire dal 7 aprile, in Spagna; a partire dal 10 aprile, nel Marocco (prezzo 5975 franchi belgi); dal 21 aprile, nell'Oriente (da 218 dollari in sopra); agosto, nel Mediterraneo occidentale, per studenti in medicina (da 1000 franchi in sopra) e per medici (da 2000 franchi); agosto-settembre, nell'Oriente, per studenti in medicina (min. 160 doll.) e per medici; agosto-settembre, negli Stati Uniti (min. 300 doll.); settembre: Italia Meridionale e Sicilia (min. 350 dollari). Per informazioni eventuali rivolgersi alla segreteria, rue Froissart 62, Bruxelles.

A 94 anni spegnevasi, a Castiglione Messer Marino (Chieti), il dott. comm. NICOLA COLAPIETRA. Di profonda cultura e di grande attività, dedicò la sua vita al paese ove esercitò con decoro ed onestà la professione di medico. Al figlio collega dott. Francesco ed alla famiglia sentitissime condoglianze.

C. L. B.

Il prof. A. GILBERT è stato una delle personalità più alte del mondo medico francese. È universalmente noto per lavori di primaria importanza, specialmente sul fegato e sul sangue. Sotto la sua condirezione si sono pubblicate varie e apprezzate raccolte di libri, tra cui il Trattato di Medicina e la Biblioteca del Dottorato in Medicina, di cui tutti i medici conoscono almeno qualche volume. Ha collaborato in molte opere di lena. Clinico eminente, fu professore alla Facoltà Medica (Hôtel-Dieu) e medico all'Ospedale Broussais di Parigi. Era uno dei membri più ascoltati dell'Accademia di Medicina.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Wien. Arch. inn. Med., 1 sett. — P. SAXL e F. DONATH. Sul sist. reticolo-endotel. — G. HETÉNYI. Angina pectoris durante la cura insulinica. — H. GROSSFELD. Origine batterica dell'asma bronchiale. — E. STOLZ. Patologia del ricambio respirat.

Acta Med. Scandin., IV-V. — E. LUNDBERG. Antagonismo tra glandola tiroide e pancreas. — T. E. HESS THAYSEN. Le diarree grasse.

Pediatr., 1 ott. — A. MERLINI. Quadro ematologico del rachitismo.

Ann. Oftalmol., ecc., ott. — GIANNANTONI. La funz. renale nei catarattosi. — MAGLIORE. Occlus. dell'art. centr. della retina.

Practitioner, ott. — F. J. HATHAWAY. La cosidetta appendicite cron. — J. W. MCINTOSH. La prominenza parietale nel rachit.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 26 sett. — V. FULCHIERI. Reperti e complicazioni rare nelle appendiciti.

Münch. Med. Woch., 1 ott. — HEINICKE. Terapia e prognosi dell'encefalite epid. cron. — GUTHMANN. Cambiamenti della personalità dopo encefalite epid.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., ott. — E. THOMAS. Colesterina e ipertens. arteriosa.

Rif. Med., 20 sett. — A. FERRANNINI. Statizzaz. e finanziam. della lotta antitbc.

Pathologica, 15 sett. — A. BOLAFFI. Vaccinaz. antirab. — E. DI BELLA. Emolinfoangioma della milza.

Journ. A. M. A., 18 sett. — J. T. CASE e W. O. UPSON. Radiologia delle ernie. — J. B. COLLIP. Ormone paratiroide. — A. A. EPSTEIN. Terapia tiroidea nella nefrosi cronica.

Presse Méd., 6 ott. — H. ROGER. Glicosuria e glicuronuria. — J. FREIXAS FREIXAS. Nuovo processo di pneumot. art.

Brain, sett. — W. J. ADIE. Narcolessia idiopatica. — E. COWPER EAVES. Depositi contenenti calcio e ferro nel cervello.

Wien. Klin. Woch., 30 sett. — Congresso ted. di urol.

Ann. de Méd., sett. — Numero sulle affezioni cardio-vascol.

Rif. Med., 27 sett. — A. BARLOCCO. Patog. e terapia del diabete.

Münch. Med. Woch., 8 ott. — JANSEN e MÜLLER. Dieteto-insulinoterapia del diabete. — BECTER. Due forme di azotemia.

Deut. Med. Woch., 8 ott. — STERN. Compiti e vie dell'educaz. medica. — SAENGER. Critica sulla terapia della gonorrea.

Mediz. Klinik, 8 ott. — F. PELS LEUSDEN. Indurimenti della mammella. — L. LICHTWITZ e F. MAINZER. L'acidosi.

Ann. di Laringol., ecc., sett. — BRUZZONE. Bradicardia transitoria di orig. auricolare.

Wien. Klin. Woch., 7 ott. — HESS e GOLDSTEIN. Disturbi dell'innervaz. viscerale nel parkinsonismo.

Minerva Med., 10 ott. — G. FAVILLI. Rapporti tra b. di Bang e b. melitense.

Rev. Méd. Lat.-Amer., ag. — C. ROBERTSON LAVALLE. Guarigione in 25 giorni di tutte le osteoartriti tbc.

Paris Méd., 2 ott. — Numero sulla neurologia.

Prensa Méd. Arg., 10 sett. — A. VALERIO. Verumontanite, simpatosi e parasimpatosi urogenitali.

Paris Méd., 9 ott. — C. AUDRY. Sifilide uterina.

Giorn. di Cl. Med., 10 ott. — A. BERTI e A. SPANIO. Diagnostica funzionale dei reni.

Haematologica, V. — G. TOSI. Modificazioni della crasi sang. in seguito ad applicaz. di raggi ultraviol.

Endocrine Survey, ott. 1926 — STUCKY. Come si deve vivere.

Archivos Argentinos Aparat. digestivo, ecc., 1926, n. 6. — Diversi articoli sul megaesofago. — CASTEX e DE CIRES. Fenolemia e fenoluria nella enterotossicosi cronica.

Journ. Méd. Paris, 11 ott. 1926. — ARMAND-DELILLE. Tubercolosi del pericardio. — DELATER. Patogenesi delle varici dell'arto inferiore.

Riv. di Malariologia, 1926, n. 4. — FALLERONI. Biologia dell'Anopheles maculipennis. — EDWARDS. Revisione delle zanzare delle regioni paleartiche. — OCCHIPINTI. Localizzazione articolare di natura malarica. — VERNEY. Condizioni igieniche del bacino torboso di Burano.

Clin. Pediatrica, ag. 1926. — DE TONI. Costituz. chimica del sangue infant. — SABBATINI. Sepsi emorragica con gravi manifestazioni cutanee.

Pediatria, 15 ott. — MIRAGLIA. I. R. U. nella tetania ed il calcio nel sangue. — PAPANDREA. I parassiti intest. dei bambini.

Morgagni, 3 ott. 1926. — MASSARA. Glucosio e potere battericida del sangue.

Archivos cardiologia y ematol., sett. 1926. — AURIA. Lo schema di Arneth nella tbc.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Importantissime pubblicazioni a disposizione dei nostri signori abbonati:

La Tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale

per cura di U. CARPI e G. RONZONI, in collaborazione di B. AGAZZI, G. ALLEVI, C. ARRIGONI, E. BERTARELLI, M. BERTOLINI, G. CASTIGLIONI, C. CATTANEO, C. GAMNA, C. GOZZI, L. MANGIAGALLI, F. MARCORA, F. MICHELI, A. MONTI, F. PERUSSIA, E. PICENI, V. RONCHETTI, P. RONDONI, E. RONZANI, G. SALVINI, A. VARISCO, E. VERATTI, A. ZIRONI.

Due volumi in nitidissima veste tipografica: il primo di pagg. XVI-539 con 135 figure in nero, a colori e in tricomia nel testo e tre tavole litografiche; il secondo di pagg. XVII-538 con 79 figure in nero e in tricomia nel testo. Prezzo complessivo dei due volumi L. **190**, **più le spese postali di spedizione**. Ai nostri abbonati i due volumi sono ceduti **franchi di porto**, per sole L. **170**, inviando questa somma mediante Vaglia Postale al Signor LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA per l'Ufficio postale Succursale diciotto.

Dott. Prof. ENRICO TRENTI
Aiuto nella Regia Clinica Medica di Roma
Docente di Patologia Medica nella R. Università

La Sanocrisina nella cura della tubercolosi polmonare

Note critiche e Osservazioni cliniche.

All'annuncio del nuovo rimedio proposto dai medici di Copenhagen nella cura della Tubercolosi polmonare, tutti si sono rivolti con alto interesse e con nuove speranze ai risultati che da esso si potevano attendere.

La pubblicazione del prof. Trenti, che per prima comparisce da noi sull'argomento, porta alla questione il contributo delle osservazioni cliniche compiute nella Clinica Medica di Roma, quando ancora si era agli albori del nuovo metodo curativo. Alla obiettiva esposizione dei fatti, documentati da numerose radiografie, segue la discussione critica dei risultati ottenuti, mentre sono nettamente fissati i punti principali nella applicazione della nuova terapia, allontanando quei timori e quelle incertezze che nei primordi sembravano circondarne ogni tentativo. Per queste ragioni la nuova pubblicazione riuscirà certamente di grande utilità anche a tutti i medici pratici.

Un volume in-8° (N. 17 delle Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del «Policlinico»), nitidamente stampato su carta semipatinata, con 38 radiografie e 22 grafiche termometriche nel testo. Prezzo L. **20**. Per i nostri abbonati sole L. **18**, in porto franco.

A. CAMPANI - A. ILVENTO - C. MENDES

Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia

Oltre essere un trattato del più alto valore scientifico, è anche una preziosa guida utile ad ogni medico pratico per orizzontarsi nella non facile scelta dei luoghi più adatti del nostro Paese, ove un malato di petto od un predisposto possa venire convenientemente accolto e curato.

Sono 3 volumi in-8, di complessive 674 pagine, in ottima veste tipografica, corredati da 45 nitidissime illustrazioni.

In commercio a L. **23.30**. Per i nostri abbonati sole L. **21,50** in porto franco.

Dott. Prof. ACHILLE CAPOGROSSI
Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma
Medico Primario e Direttore dell'Ospedale Civile «Mazzoni» di Ascoli Piceno.

Concetto e Diagnostica della Tisi iniziale.

Riportiamo il giudizio recentemente espresso su questo volume, dal Chiar.mo prof. Fabio Rivalta:

«In questa monografia, oggi indispensabile per ogni medico che voglia rapidamente mettersi a giorno sulle ultime scoperte relative alla tubercolosi sono esposte in modo perfetto e completo le moderne teorie che del tutto hanno modificato i criteri già dominanti sulla patogenesi e sulla cura di questa malattia. L'autore ha svolto con molta competenza e con sintesi efficace tutto l'argomento della infezione tubercolare primitiva infantile in stretto rapporto colla tubercolosi polmonare dell'adulto e relativi stadi ed esiti. Non manca un cenno sull'importante fenomeno di Koch, sull'allergia, sulle tubercoline e sulla reinfezione e superinfezione. L'autore svolge pure in modo completo i quadri clinici delle forme acute e croniche indugiandosi sopratutto sull'importante argomento dei primi sintomi della tisi incipiente ed infine accenna anche all'esame obbiettivo generale e alle ricerche di laboratorio e delle reazioni umorali.

Il libro non è molto voluminoso e si legge col massimo interesse poichè indica al medico pratico tutti quei principii fondamentali che oggi hanno finito per dirigere la cura specifica immuno-biologica di questa funesta e diffusa malattia».

Un volume in-8, di pag. IV-83, nitidamente stampato su carta distinta, con elegantissima copertina, prezzo L. **10**. Per i nostri abbonati sole L. **8,75** franco di porto.

Dott. Prof. GUIDO MENDES
Docente di Patologia Medica nella R. Univ. di Roma
Direttore del Sanatorio della C.R.I. «Cesare Battisti»

Tubercolosi e Sanatori.

(Trattamento igienico-dietetico)
Prefazione del Prof. Sen. **A. LUSTIG.**

SOMMARIO: **I. Un po' di storia. — II. Che cosa è un Sanatorio. — III. Organizzazione di un Istituto Sanatoriale. — IV. Cura d'aria. — V. Cura di riposo. — VI. Le cure di allenamento. — VII. La dietetica nel Sanatorio. — VIII. L'elioterapia. — IX. Idroterapia, bagni d'aria e ginnastica respiratoria. — X. La psicologia del Sanatorio.**

Un volume in-8, di pag. IV-72, con 15 figure intercalate nel testo (N. 2) delle nostre **Monografie medico-chirurgiche d'attualità**, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **10**. Per i nostri abbonati sole L. **8.75**.

Prof. ANGELO SIGNORELLI
Direttore del Dispensario «Regina Elena» e dell'Istituto di «S. Gregorio» in Roma

Come si ammala di tubercolosi e come si guarisce.

È l'enunciazione del nuovo metodo di cura basato sull'iperemia totale e la ventralizzazione.

Un volumetto di 44 pagine in nitidissima veste tipografica e con elegante copertina, prezzo L. **5**.

N. B. - Chi desidera ricevere la pubblicazione in piego postale sicuro da smarrimenti, aggiunga cent. 50 per la raccomandazione.

Per una speciale concessione da noi ottenuta, siamo in grado di offrire ai nostri Signori abbonati l'importante pubblicazione **del Prof. LUIGI FERRANNINI**, della R. Università di Napoli

Manuale di semeiologia medica, fisica e funzionale

(4ª edizione).

Vol. in-8 di pagg. XII-689, con 215 figure **intercalate nel testo ed** 1 tavola a colori, elegantemente rilegato, che trovasi in commercio a L. **50**, **più le spese postali di spedizione**, per sole L. **46.75**.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «**per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

ANNO XXXIV — Roma, 4 Aprile 1927 — Fasc. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO.

Coltura di Achorion Schönleinii dal sangue circolante in un caso di tigna favosa.

Prof. G. A. AMBROSOLI.

La dimostrazione dell'ifomiceta patogeno dal sangue circolante in casi di tigna, avutasi solamente in questi ultimi anni, costituisce un reperto assai interessante che ci mette in condizione di valutare tutta l'importanza che il fenomeno morboso tigna può avere per l'organismo, e ci permette di renderci conto del meccanismo patogenetico delle eruzioni cutanee generalizzate allergiche secondarie.

Dal 1919, seguendo un ordine di idee suggeritemi dal prof. Pasini, instituii nella Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Milano, metodiche ricerche colturali sul sangue circolante di tutti i tignosi sia con tricofizia profonda che superficiale, tigna favosa o microsporica, che passarono nel comparto.

Ho così praticato a tutt'oggi, complessivamente, il numero ragguardevole di 1269 esami colturali del sangue circolante in casi di tigna. E precisamente: 912 in tricofizie (597 superficiali, 81 con follicoliti, 55 con Cherion Celsi, 179 sicosi della barba), 154 in microsporie, e 293 in tigne favose.

Nel 1920 ottenevo il primo reperto colturale di Trichophyton gypseum dal sangue circolante in un caso di tigna tricofitica profonda con lichen tricofitico.

In seguito reperti analoghi furono ottenuti da altri ricercatori.

Fino ad oggi, in tutto, l'emocoltura dell'ifomiceta della tigna fu ottenuta 7 volte e precisamente: tre volte in tricofizia senza tricofitide Jessner-Jessner-Masia), tre volte in tricofizia con tricofitide (Ambrosoli-Jessner-Falchi), una volta in microsporia (Arzt u. Fuss): non mai in casi di tigna favosa.

Nello scorso ottobre ottenevo un reperto colturale di Achorion Scönleinii dal sangue circolante in un bambino affetto da tigna favosa.

Riassumo in breve il caso: si trattava di un bambino di 6 anni, il quale presentava una comunissima tigna favosa al capillizio, ed intradermoreazione positiva alla tricofitina, senza al-

cun sintomo generale, senza traccia di eruzione cutanea al suo ingresso in clinica, nè dopo l'iniezione di tricofitina e neppure in seguito alle applicazioni radioterapiche depilatorie. Praticai a distanza tre esami colturali del sangue su agar glucosato di Pollacci, stendendo semplicemente uno strato di sangue sterilmente prelevato, sulla superficie a becco di flauto del pezzo in provetta, e lasciando la coltura alla temperatura ambiente del laboratorio. Dopo 6-7 giorni nella provetta del primo esame si aveva lo comparsa di piccoli punti biancastri lanuginosi, che si moltiplicarono, ingrandirono, confluirono, assumendo aspetto granuloso, per dar luogo verso il 15°-16° giorno ad una coltura che per brevità non descrivo. Tale coltura per vero aveva un aspetto morfologico che si allontanava da quello solito dell'Achorion Schönleinii, e si avvicinava forse più a quello di un trichophyton crateriforme. Trasporti colturali a goccia pendente diedero colture tipiche classiche caratteristiche dell'Achorion Schönleinii (sviluppo ameboide della coltura, presenza di chiodi favici e di candelabri favici). Trasporti in provetta e piastre su mezzo di Pollacci e di Sabouraud diedero colture evidenti di favo, con tipico colore giallo-cera e conformazione a spugna.

Restava così confermato il reperto colturale di Achorion Schönleinii in un caso di tigna favosa, senza eruzione cutanea allergica.

Il reperto in parola si presta alle seguenti considerazioni:

1) Come nel corso di una tigna tricofitica e di una tigna microscopica si può avere reperto colturale dal sangue circolante di Trichophyton e di Microsporon, così nella tigna favosa si può avere coltura di Achorion.

2) L'emocoltura della tigna costituisce un reperto raro. Per la mia statistica posso dire di avere ottenute due emocolture di ifomiceti, avendole ricercate con 1269 esami colturali del sangue in tignosi. Nelle tricofizie ho avuto un esame colturale positivo di fronte a 911 negativi: nella microsporia 154 esami negativi su 154 praticati: nella tigna favosa un esame positivo di fronte a 292 esami negativi.

3) Due emocolture di tigna furono ottenute in un breve ciclo di tempo seminando su agar glucosato di Pollacci: la mia presente di Achorion Schönleinii e quella di Falchi di Trichophyton plicatile. Data l'abituale rarità del reperto, è possibile pensare ad una superiorità di tale terreno (sul quale per vero gli ifomiceti si sviluppano ben rigogliosamente) a svelare la presenza di questi nel sangue. Sarebbe quindi opportuno che l'uso di detto mezzo colturale venisse generalizzato per gli esami dal sangue in tignosi.

4) Il reperto colturale ifomicetico dal sangue circolante nel corso di una tigna si può avere senza che esista una eruzione cutanea allergica, nè alcun sintomo o manifestazione clinica che possa far pensare ad una diffusione dell'elemento ifomicetico nel sangue. Per contro l'emocoltura può riescire negativa nelle tigne con eruzioni cutanee allergiche generalizzate anche acutissime e febbrili (come nella quasi totalità dei casi di tricofitite microsporide e favite pubblicati).

5) Riportandoci alla patogenesi delle eruzioni cutanee allergiche alle tigne, queste si ritengono oggi dovute ad un trasporto dal focolaio primario nel sangue circolante di materiale ifomicetico che arrivando alla pelle allergica, vi produce una speciale reazione a sintomatologia nota.

Il reperto in parola (presenza di ifomicete vivente e coltivabile nel sangue circolante, allergia della pelle, assenza di qualunque eruzione cutanea allergica) è in apparenza contraddditorio: e tale reperto non è isolato: infatti contiamo altre precedenti emocolture in tricofizie senza tricofitidi (due di Jessner, una di Masia).

Si può pensare che nel mio caso gli elementi ifomicetici viventi e coltivabili nel sangue, non abbiano potuto raggiungere la pelle viventi (probabilmente in virtù di immunità umorale) ed in condizione di esercitare una azione patogena.

Poichè è meno facile pensare che alla pelle allergica non siano arrivati elementi ifomicetici morti, o quanto meno tossine liberatesi dal disfacimento degli stessi, e non si è avuta alcuna reazione cutanea allergica, il mio presente reperto sta contro la teoria tossinico-ematogena di Bloch, secondo la quale le sole tossine sarebbero già sufficienti, arrivando alla pelle allergica a determinare una eruzione cutanea diffusa.

6) L'ammettere che nel corso di una tigna possano avverarsi dal focolaio primitivo nel sangue circolante gettate di elementi ifomicetici viventi, che verranno distrutti per immunità umorale prima di arrivare alla pelle (assenza di eruzione cutanea diffusa) o, arrivati alla pelle per immunità istiogena di questa (comparsa di una eruzione cutanea diffusa allergica) dà ragione della rarità del reperto emocolturale positivo, per ottenere il quale è necessario che l'esame coincida con quel periodo, verosimilmente di breve durata, nel quale si avvera la gettata di elementi viventi nel sangue.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI VERONA.
Direttore: colonnello medico DE STEPHANIS.

L'echinococco primitivo dell'omento

per il dott. G. CIAPRINI, capitano medico,
capo-reparto di Chirurgia.

È noto che l'echinococco può localizzarsi e svilupparsi in tutti i tessuti dell'organismo, con speciale frequenza in alcuni, con estrema rarità in altri. Tra le sedi di localizzazione deve annoverarsi anche il grande epiploon, in cui il parassita può annidarsi primitivamente o secondariamente. Quest'ultimo modo è abbastanza frequente, poichè si può avere la diffusione e l'innesto di cisti nel cavo peritoneale in seguito a rottura, spontanea o provocata, di cisti già sviluppate in organi endoperitoneali e specialmente nel fegato. La localizzazione primitiva invece è molto rara ed è concordemente affermata da tutti gli autori di Trattati Classici, che vi dedicano però appena fuggevoli accenni.

I casi finora osservati e pubblicati sono scarsi, come rileva il Bolognesi nella sua interessante pubblicazione sull'argomento; secondo Aimes si ridurrebbero a soli 32 a tutto il 1920, dovendosi ritenere in realtà come confusi con localizzazioni secondarie alcuni di quelli descritti come primitivi. Ad essi si deve aggiungere l'osservazione riportata dal Bolognesi ed altre due pubblicate dal Margarucci nel 1923. Dopo non mi è stato possibile trovarne altre nella letteratura, per quante ricerche abbia fatto, e credo perciò che il caso presente sia il 36°, almeno tra quelli pubblicati. Se si confronta questa esigua cifra con le molte migliaia di cisti idatidee continuamente osservate nei vari organi e tessuti, si vedrà subito che quelle primitive dell'omento rappresentano una minima percentuale. Non ritengo inutile descrivere il caso da me osservato, per portare un altro contributo, sia pur modesto, alla scarsa statistica finora pubblicata.

« F. Mario, di anni 20, celibe, soldato della 3ª Compagnia Sussistenza, macellaio, da Spinetta Marengo (Alessandria). Genitori viventi: padre sano, madre sofferente di malattia dell'apparato respiratorio, che il paziente non sa precisare. Una sorella è morta da sei mesi per pleurite essudativa. L'infermo nega malattie veneree e luetiche; modico fumatore, forte bevitore. Due anni fa ebbe broncopolmonite e l'anno scorso influenza con manifestazioni a carico dell'albero respiratorio. Dall'età di 15 anni ha avvertito di tanto in tanto dolore al basso ventre, specialmente a destra, senza febbre ma con tendenza al vomito. Da circa venti giorni il dolore è ricomparso al quadrante inferiore destro dell'addome, sordo, gravativo, a volte più forte e quasi puntorio, sempre senza febbre, ma con conati di vomito.

Esame obbiettivo. Il paziente è di costituzione robusta, con muscolatura tonica, pannicolo adiposo normalmente sviluppato, cute e mucose visibili rosee. Nulla al cuore ed ai polmoni. L'addome, all'ispezione, non presenta anomalie. Alla palpazione la parete è ben trattabile, ma il punto di Mac-Burney è dolente ed il cieco si palpa ingrossato.

Inoltre a due dita circa a destra dell'ombellico, sulla linea spino-ombelicale, si delimita una tumefazione della grandezza di un mandarino, a superficie nodosa e irregolare, a limiti netti, a consistenza dura, poco dolente, spostabile in tutti i sensi, ma specialmente verso la linea mediana, verso la quale si approfonda e scompare nelle forti inspirazioni. Con la palpazione bimanuale non si riesce a spingere la tumefazione nella loggia renale destra. Facendo contrarre i muscoli della parete addominale, la tumefazione sfugge dalla mano che la delimita e non si palpa più.

Con la percussione si hanno dati incerti: a volte sulla tumefazione si provoca suono ottuso, a volte invece suono timpanico delle anse intestinali, anche percuotendo leggermente.

Non si apprezzano alterazioni di volume e di forma del fegato, della milza e dei reni.

Il malato è sottoposto ad indagini radiologiche. L'esame del tubo gastro-enterico, previa ingestione di pasto opaco, dà esito negativo; però in una radiografia eseguita dopo lo svuotamento completo del pasto dall'intestino si osservano delle macchie a catena in corrispondenza della fossa ileo-cecale. Alla radioscopia del torace si rilevano ombre ilari bilaterali di una certa entità e null'altro di importante.

Esame delle urine: negativo.

I precedenti morbosi, i risultati radiografici, i caratteri di forma, consistenza e sede della tumefazione ed i sintomi a carico della regione cecale fanno pensare ad una appendicite cronica e ad una adenite mesenterica caseificata ed in parte calcificata, anche per analogia ad un caso simile, sebbene con sintomi meno netti, precedentemente osservato ed operato, nel quale si erano trovate un'appendice tumefatta, ingrossata ed aderente, ed una grossa linfoghiandola calcificata nello spessore del mesenterio dell'ultima ansa del tenue. Svia sopratutto dalla esatta diagnosi di sede il dato plessimetrico della sonorità intestinale al davanti della tumefazione, dato che, insieme alla grande mobilità, è proprio dei tumori solidi e cistici del mesenterio.

Quanto alla diagnosi di natura confesso di non aver pensato affatto all'echinococco per le ragioni su esposte; altrimenti avrei fatto praticare l'esame del sangue per l'eosinofilia, la reazione di Ghedini-Weimberg e l'intradermoreazione del Casoni, e dai risultati di queste prove, che sarebbero state probabilmente positive, avrei potuto

definire la natura della lesione prima dell'operazione.

Intervento operativo. (24-6-926).

Narcosi generale morfio-eterea. Laparotomia pararettale destra, lunga cm. 15 circa per potere esplorare agevolmente la cavità addominale. Aperto il peritoneo trovo il grande epiploon lassamente aderente al peritoneo parietale ed intimamente invece al tenue ed alla porzione più alta del colon ascendente. Il cieco è libero; asporto facilmente l'appendice, che aderisce con la punta al peritoneo della fossa ileo-cecale, ma appare di forma, dimensioni e consistenza normali. Rimesso a posto il cieco dopo aver affondato il moncone appendicolare con sutura siero-sierosa a borsa di tabacco, esploro l'addome verso la linea mediana e tra le aderenze omento-intestinali trovo una tumefazione localizzata tra i due foglietti dell'epiploon, grande quanto un uovo di colombo, a superficie nodosa, di consistenza duro-lignea. La asporto resecando l'omento attorno ad essa e continuo l'esplorazione. Più in basso della prima, verso il pube, trovo altre due tumefazioni rivestite di omento: una è della grandezza di un grosso mandarino, a superficie nodosa, duro-elastica, in alcuni punti fluttuante, e l'altra ha le dimensioni di una noce, duro-lignea, irregolare. Anche queste due sono asportate come la prima, ma con una certa difficoltà per le numerose e tenaci aderenze con l'intestino. Reso edotto dell'errore diagnostico dalla sede e dall'aspetto delle tre tumefazioni, che fanno subito pensare all'echinococco, esploro attentamente tutto l'addome e specialmente il fegato, nell'idea logica che qui fosse la primitiva localizzazione della tenia, ma con sorpresa debbo constatare che non vi sono altre cisti, nè traccie di pregresse lesioni. Sutura a strati della ferita operatoria. Il decorso post-operatorio è normale per quanto riguarda l'addome; invece il 2° giorno si sviluppa un focolaio di bronco-polmonite al lobo polmonare inferiore destro, che fortunatamente si risolve bene. L'infermo guarisce e oggi, dopo circa 5 mesi, gode sempre ottima salute. L'esame delle tre tumefazioni dà risultati interessanti. Tutte e tre sono rivestite di omento, che aderisce lassamente alla loro superficie irregolare e bernoccoluta: la loro forma è irregolarmente ovoidale e la consistenza duro-lignea, meno che per la più grande, che è duro-elastica. Aperta questa si trova una parete esterna dura, spessa, fibrosa, e nell'interno di essa una membrana cistica bianca lucente, liscia, omogenea, facilmente enucleabile e ripiena di liquido incolore, limpidissimo. L'esame del liquido dà: peso specifico 1010, assenza di albumina, presenza di cloruri abbondanti e, al microscopio, scolici ed uncini caratteristici. Le altre due tumefazioni non contengono liquido, nè parete cistica, ma dentro il pericistio sclerotico e spesso, si trova una poltiglia gelatinosa biancastra circondata da una sostanza amorfa densa, gialla, di aspetto caseoso, in parte calcificata. In queste due cisti evidentemente il parassita è morto, il liquido si è riassorbito e la parete cistica ha subito la necrosi caseosa e successiva iniziale calcificazione. Di questo processo involutivo si trovano tutti i gradi di passaggio nella poltiglia gelatinosa bianca, nella sostanza amorfa gialla e nella zona calcificata ».

Si tratta dunque di una localizzazione primitiva di echinococco nell'omento; che sia tale lo dimostra non solo il fatto che l'infermo non aveva mai avuto precedenti disturbi a carico di altri organi, nei quali il parassita si annida di preferenza, ma sopratutto la constatazione diretta ed indiscutibile dell'esplorazione operatoria del cavo e degli organi addominali con esito completamente negativo per la presenza di altre cisti, specialmente nel fegato.

È stata esclusa anche un'eventuale localizzazione primitiva polmonare, poichè l'esame radioscopico del torace, eseguito per svelare possibili lesioni tubercolari, non ha rivelato la presenza di ombre sospette. Sta anche a favore della sede primitiva il numero delle cisti; nell'echinococco primitivo dell'omento la cisti o è unica o è multipla, ma in numero molto limitato (3-4,10 al massimo) e di volume talora rilevante, mentre nella non rara localizzazione secondaria a rottura di cisti del fegato o della milza o ad imprudenti e sconsigliabili punture esplorative, si ha una vera echinococcosi peritoneale ed omentale con numerosissime e piccole cisti agglomerate nell'epiploon, nel mesenterico, nel peritoneo parietale ed anche fuori di questo nella parete muscolare dell'addome; si possono avere inoltre anche i segni dell'intossicazione idatidea (nausea, vomito, orticaria e qualche volta la morte).

Come avviene la *localizzazione primitiva* dell'echinococco nell'omento?

È noto che l'embrione esacanto penetra nell'organismo per via ematica o linfatica attraversando la mucosa dello stomaco e dell'intestino. Se segue la prima via, che è la più frequente, viene trasportato dal sistema portale al fegato, dove trova un forte ostacolo nella rete capillare e dove quindi facilmente si arresta e si sviluppa. Se riesce ad oltrepassare i capillari epatici, va, per la cava inferiore ed il cuore destro, nei polmoni, dove trova lo stesso ostacolo che nel fegato e le stesse favorevoli condizioni di attecchimento. Ma se oltrepassa anche i capillari polmonari, si immette nel circolo arterioso ed allora va a localizzarsi negli organi più disparati (reni, milza, ossa, cervello, muscoli, omento ecc.). Qualora poi nella penetrazione segua la via linfatica dai chiliferi intestinali al dotto toracico e da questo al cuore destro per la vena succlavia sinistra e la cava superiore, finisce sempre nei polmoni, il cui ostacolo deve superare prima di poter passare nel circolo arterioso. In tutti e due i casi però il giro è lungo e gli ostacoli da vincere potenti; ciò spiega la

rarità di localizzazione in alcuni organi e specialmente nell'epiploon. Più facilmente si spiegherebbe questa localizzazione ammettendo che l'embrione perfori le tuniche dello stomaco o dell'intestino e si installi direttamente nell'omento; ma questa via, oltre all'essere molto dubbia, è per lo meno eccezionale, sicchè, anche ammettendola, non si farebbe che confermare con essa la rarità dello sviluppo primitivo del parassita nell'omento.

Dal punto di vista *anatomo-patologico*, le cisti idatidee dell'omento si sviluppano sempre tra le due pagine epiploiche, che le rivestono completamente; possono essere sessili o peduncolate, uniloculate o multiloculate; aderenti o non agli organi vicini; possono suppurare, degenerare, calcificarsi come si è verificato nel nostro caso.

La *sintomatologia* non presenta caratteristiche speciali; le cisti si sviluppano lentamente, in modo subdolo e si manifestano con dolori sordi, a riacutizzazioni accessuali, localizzati quasi sempre alla regione ileo-cecale; spesso conati di vomito, non febbre. Tutto fa pensare all'appendicite cronica o subacuta o ad altri disturbi intestinali, finchè le cisti non hanno raggiunto un volume tale, che si rendono palpabili anche dallo stesso paziente. I caratteri obbiettivi delle tumefazioni sono anche molto variabili; talora sono liscie, di consistenza duro-elastica o fluttuante, spostabilissime in tutti i sensi; talaltra sono bernoccolute, duro-lignee, limitatamente spostabili per aderenze all'intestino, che può con qualche ansa mettersi al davanti della cisti e dare suono timpanico alla percussione.

La localizzazione rara e la sintomatologia poco netta e molto variabile rendono la *diagnosi* difficile e quasi sempre impossibile. Infatti in quasi tutti i casi descritti la vera natura della lesione è stata riscontrata solo all'atto operativo. Sopratutto non si fa la diagnosi di natura, mentre è più facile quella di sede. Nel caso nostro non è stata fatta nè l'una nè l'altra. Il dato plessimetrico del timpanismo intestinale dinanzi alla tumefazione, quantunque non costante, ha fatto logicamente pensare ad una sede profonda, che non poteva essere che il mesenterio, data la mobilità del tumore e data l'assenza di ogni altro sintomo, che potesse fare arguire una formazione patologica nello spessore dell'intestino.

Aggiungasi poi che la tumefazione palpabile era duro-lignea, bernoccoluta, poco dolente; che l'infermo aveva precedenti famigliari molto sospetti per la tubercolosi e che infine la radiografia dava delle ombre nette nella regione ileocecale. Tutto ciò portava all'idea di una lesione specifica. Forse se fosse stata fatta la diagnosi esatta di sede, si sarebbe esclusa la forma tubercolare; una tumefazione dell'omento avrebbe fatto pensare più facilmente ad un tumore, solido o cistico; esclusa la forma solida per l'insieme dei sintomi e lo stato dell'ammalato, sarebbe sorto inevitabilmente il dubbio dell'echinococco e quindi la necessità di ricorrere alle reazioni specifiche del Ghedini-Weimberg, del Casoni e dell'eosinofilia.

Ciò che invece non ammette dubbio o discussioni è la *cura*. Essa consiste esclusivamente nell'asportazione totale delle cisti, che in genere riesce molto facile, perchè si reseca tutt'intorno l'omento senza bisogno di enucleare le cisti e quindi pericolo di aprirle; l'unica difficoltà può consistere nella liberazione delle aderenze con l'intestino, talora molto brevi, estese e tenaci, come nella cisti più grande della presente osservazione.

Concludendo, credo con questa breve nota di poter confermare ancora una volta la rarità della localizzazione primitiva dell'echinococco nell'omento e la difficoltà della sua diagnosi, che non si fa quasi mai, forse perchè appunto per la rarità della lesione, non ci si pensa. Invece ogni volta che ci si trova dinanzi a tumefazioni del grande epiploon con sintomatologia poco netta, senza grave risentimento dello stato generale del paziente, occorre sempre sospettare l'esistenza dell'echinococco e ricorrere sistematicamente, con utilità somma, alle reazioni specifiche su ricordate.

BIBLIOGRAFIA.

AIMES. *La Chirurgie du grand épiploon*, 1920.
BOLOGNESI. *Sull'echinococco primitivo e solitario dell'omento*. Annali Italiani di chirurgia, fasc. 6-7, 1922.
MARGARUCCI. *L'echinococco primitivo dell'omento*. Annali Italiani di chirurgia, fasc. 8, 1923.
REGOLI. *Cisti di echinococco a sede rara*. Policlinico, Sez. pratica, 1924.
FRIGOLI. *Cisti di echinococco del mesentere*. Giornale Medico del R. Esercito 1912, n. 3.
VERGANO. *Un caso di cisti da echinococco delle pareti addominali*. Policlinico, Sez. pratica 1919, pag. 759.

☛ ***Pubblicazione interessante:***

Prof. FRANCESCO SCHIASSI

L'insulina nella cura del diabete

PARTE I. **FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA.**
PARTE II. **CLINICA.**

Un volume di pagine 156, nitidamente stampato su carta distinta ed elegantemente rilegato in tela. Prezzo L. **15** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **14** in porto franco.

Inviare vaglia postale all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, per l'Ufficio succursale 18, ROMA.

NOTE E CONTRIBUTI

Sul valore specifico della siero-reazione di Wright.

Dott. AUGUSTO BARBIERI.

In questi ultimi anni sono stati registrati in Italia numerosi casi di febbre melitense, anche in regioni dove era presso che sconosciuta, come l'epidemia comparsa in Romagna nel '23 e nel '24 e di cui questa rivista ebbe ad occuparsi nei numeri 6 del 1924 e 6 del 1925.

La diagnosi di febbre di Malta non è sempre facile e alle volte il medico pratico può trovarsi in imbarazzo, potendosi questa forma morbosa confondere con altre simili, come il tifo, il reumatismo acuto, la malaria, la setticemia e specialmente la tubercolosi.

Poter disporre di un mezzo di diagnosi facile, sicuro e alla portata di tutti, sarebbe quindi di una grandissima utilità: questo mezzo noi l'abbiamo nella siero-reazione di Wright.

Molto disparati sono i giudizi sulla importanza di questa reazione e i numerosissimi esperimenti non hanno ancora risolta la questione, o per lo meno hanno lasciato molto in dubbio gli studiosi sul valore da dare a tale reazione. E questo specialmente per i risultati ottenuti coi sieri tubercolari.

Ora è appunto con la tubercolosi che interessa sommamente differenziare la febbre di Malta, perchè spesso i sintomi dell'una e dell'altra si confondono sino a produrre inganno: inganno che può apportare conseguenze gravi, per gli inevitabili errori di prognosi e terapia.

E per questo che, essendomi io interessato della dibattuta questione in ricerche sperimentali eseguite per la tesi di laurea nell'Istituto di Igiene della R. U. di Bologna, diretto dal prof. Maggiora, ricerche eseguite sotto la guida del prof. Mantovani, mi sono indotto a renderle note, sperando che il mio modesto contributo possa riuscire di qualche utilità ai colleghi.

Könrich fra i primi, nel 1904, registrò un caso di tubercolosi in cui la siero-reazione per il micrococco metilense raggiunse il titolo di 1:500, e Saissawa un altro in cui ottenne agglutinazione a 1:100.

Il Critien rapporta 14 casi di tubercolosi di cui 9 avevano un siero agglutinante il melitense alla diluizione di 1:10 al microscopio.

Anglada su 11 tubercolosi ne riscontrò 7 con potere agglutinante verso il micrococco sino a 1:80; e Sega su 50 ne trovò 31.

Agglutinazioni aspecifiche furono trovate anche col siero dei tifosi e coi sieri normali.

Il valore di questi osservatori e di altri, non mettono dubbio sulla possibilità di tale reperto sierologico. Ma questo appunto ha servito a mettere in chiaro gli errori in cui si può incorrere, basandosi soltanto su una siero-reazione positiva a basso titolo, le cause di questi errori e i mezzi per evitarli.

Questi mezzi consistono: nella scelta del ceppo, che appartenga cioè ad una coltura fresca ed autentica di micrococco melitense, nello sperimentare dalle più basse alle più alte diluizioni, anche per evitare il così detto fenomeno paradosso; nell'osservare la reazione macroscopicamente e non microscopicamente e nel ripetere le prove con siero riscaldato a 56° C. per mezz'ora. Si deve inoltre tener conto delle malattie pregresse, poichè i sieri degli ammalati di febbre di Malta conservano lungamente le loro proprietà agglutinanti.

Ricerche personali. — Come ho già ricordato i miei esperimenti furono compiuti nell'Istituto di Igiene della R. U. di Bologna nel luglio dell'anno 1922, cercando di tenere conto di tutti gli errori precedentemente commessi e di evitarli per quanto mi è stato possibile.

Per le prove mi sono servito di un ceppo di micrococco esistente nell'Istituto d'Igiene in Bologna; l'ho messo a contatto con un siero sicuramente melitococcico e la siero-reazione positiva a oltre 1:2000 me ne ha confermata l'autenticità.

Prove coi sieri normali. — A questo scopo, servendomi di sieri gentilmente concessi dall'Istituto d'Igiene, ho eseguito 50 siero-agglutinazioni alle diluizioni di 1:10-20-40-60-80-100-200-300-500. I risultati furono: 48 volte la siero reazione risultò completamente negativa. Un siero risultò leggermente agglutinante alla diluizione di 1:10 e un altro raggiunse il limite di 1:20. Il siero inattivato sia dell'uno che dell'altro diede invece esito negativo.

Prove coi sieri tubercolari. — Queste prove più interessavano, dato che i risultati ottenuti con questi sieri erano quelli che più avevano lasciato dubbiosi sul reale valore diagnostico della siero-reazione di Wright.

Per gentile concessione del prof. Facchini, il quale mise a mia disposizione gli ammalati del tubercolosario, estrassi sangue a 36 tubercolotici accertati per presenza di bacilli nell'espettorato e febbricitanti. Di questi 20 non erano stati sottoposti ad alcun trattamento specifico, 7 erano stati curati con l'antitubercolina di Koch e 9 col vaccino Martinotti.

Risultati. — In 32 siero-reazioni l'esito fu nettamente negativo. In due casi la reazione fu positiva sino alla diluzione di 1:20. Però la colonna liquida nel tubicino da reazione non era perfet-

tamente limpida, nè al fondo vi era un deposito molto rilevante. Microscopicamente si osservavano dei gruppetti di microrganismi ancora mobili. In altri due casi la reazione fu positiva alla minima diluizione di 1:10.

CONCLUSIONI.

In complesso ho eseguite 86 siero-reazioni, 50 con sieri normali e 36 con sieri tubercolari. Ne ho riscontrate 80 negative tanto nelle basse che nelle alte diluizioni.

Due sieri normali agglutinarono il micrococco, ma non al di là di 1:20. Questi due casi non possono affatto infirmare l'alto valore della siero-reazione di Wright. Infatti le prove cogli stessi sieri inattivati risultarono negative e inoltre a così basso titolo nessuna siero-agglutinazione può dirsi veramente positiva. I sieri tubercolari solo in 4 casi agglutinarono il micrococco: 2 alla diluizione di 1:20, però l'agglutinazione non era molto evidente macroscopicamente, e due alla diluizione di 1:10.

Concludendo io non ho trovato differenze sostanziali fra i risulttai ottenuti con i sieri normali e con quelli tubercolari. Ho riscontrato sì agglutinazioni aspecifiche, ma a basso titolo, come si possono avere anche col bacillo di Eberth e con la maggior parte delle specie microbiche: che ragione c'è dunque di condannare la siero-reazione di Wright?

Prendendo come titolo minimo per una siero-diagnosi positiva la diluizione di 1:50, ho acquistata la convinzione che la siero-reazione di Wright sia un mezzo della più alta importanza per la diagnosi della febbre di Malta e per differenziare questa forma morbosa da altre simili e specialmente dalla febbricola tubercolare.

Sassocorvaro (Pesaro), 28 ottobre 1926.

teressantissimo libro

Prof. C. DE VINCENTIIS
docente di Patologia e Clinica Oculistica nella R. Università di Napoli

MANUALE di OCULISTICA

ad uso dei Medici pratici e degli Studenti.
Prefazione de' Prof. ARNALDO ANGELUCCI.

Un grosso volume di pagg. XVI-622, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 259 figure in nero ed a colori nel testo e 8 tavole a colori fuori testo.

Il prezzo del volume è di L. **68** più L. **3** per le spese postali di spedizione e si può ottenere pagando le L. **71** in due rate: la prima di L. **37** subito e la seconda di L. **34** dopo tre mesi dalla prima.

Ai nostri abbonati disposti a pagarne il prezzo subito in una sola volta, il Manuale è ceduto per sole L. 64 franco di porto a domicilio.

Per riceverlo prontamente all'una o all'altra delle suddette condizioni, inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI — Via Sistina, 14 — ROMA.

COMMENTI.

Il problema dell'anestesia nella pratica privata.

Ill.mo sig. Direttore,

Mi permetta una breve risposta al Dr. Buonomo per la critica da lui fatta al mio lavoro « Il problema dell'Anestesia nella pratica privata ».

Mi compiaccio anzitutto di quanto egli asserisce sia riguardo « ai colleghi sopratutto pratici che parlano di inapplicabilità in certi casi dell'anestesia locale » sia riguardo al mio lavoro che « sarebbe l'esponente di una categoria di colleghi che riservano l'anestesia locale ai piccoli interventi ». Ciò dimostra che non sono solo nell'ordine di idee esposte. Chi ha letto attentamente il mio lavoro, può di leggeri intuire che ho voluto considerare l'anestesia in rapporto all'ambiente in cui si svolge, in rapporto al temperamento di colui che la subisce, ed in rapporto alla capacità tecnica ed ai mezzi di cui dispone l'operatore, sforzandomi di ricercare fra tutte la più facile ad eseguirsi, la più innocua, la più sicura. Considerato diversamente il mio lavoro sarebbe privo di alcun interesse perchè tratterebbe questioni ormai fritte e rifritte. Se poi non prestiamo orecchio agli strilli dell'ammalato durante l'atto operativo, attribuendoli ad una speciale emotività, se noi rivediamo l'ammalato all'indomani dell'atto operativo, quando il dolore non c'è più, noi potremo di sicuro magnificare come anestesia ideale l'applicazione della sola maschera bagnata sul volto. Il dott. Buonomo conviene che c'è bisogno di una tecnica rigorosa per eseguire l'anestesia locale ma nega l'inconveniente della penetrazione dell'anestetico in circolo che pure non è del tutto innocua se dobbiamo credere a qualche osservazione pubblicata in proposito. Egli crede destituita di alcun valore la osservazione che il chirurgo pratico si possa stancare e distrarre dall'atto operativo quando debba occuparsi anche dell'anestesia, senza considerare che io sempre intendo riferirmi al chirurgo isolato che mentre a mala pena può mantenere l'asepsi del campo operatorio e di tutto ciò che viene a contatto con le ferite, deve tutto fare da sè come pigliarsi i ferri, le compresse, infilare gli aghi e nello stesso tempo eseguire l'operazione, tutto sorvegliando con occhi di Argo. Il chirurgo in questione, tipo medico-condotto, uomo volenteroso, che opera spesso per amore dell'arte, in case private, non può avere a sua disposizione tre o quattro assistenti oltre gli infermieri. Con ciò non è da pensare che io

voglia menomare o rimpicciolire l'alta importanza dell'anestesia locale, specialmente quando essa venga praticata da chirurgi esperti e completata con l'anestesia tronculare o regionale. Si noti che nel mio lavoro non ho fatto cenno di quest'ultima, sebbene l'abbia sempre considerata come una delle migliori anestesie, dopo di averne constatato gli effetti meravigliosi sempre però in mani maestre e specialmente sul plesso cervicale, sugli splancnici, e colla infiltrazione dei meso ed epiploon nelle enterectomie e nelle gastrectomie. Bisogna sempre tener presente che nella pratica privata, specialmente in condotta non sempre si è a contatto di persone intelligenti ed ogni piccolo inconveniente come la mancata soppressione totale del dolore ed il dolore post-operatorio contano quanto un insuccesso. Per queste ragioni ho creduto di far conoscere quel metodo che nella mia pratica mi aveva dato minori noie facendo notare che anche l'anestesia locale esuli alquanto dalla pratica corrente perchè non è in fondo un metodo tanto facile come può sembrare ed ora aggiungo che per essere completo dovrebbe associarsi all'anestesia tronculare o regionale. Se il dott. Buonomo ed i colleghi che seguono la discussione vorranno rileggere la conclusione del mio lavoro (*Policlinico*, Sezione pratica, n. 51, anno 1926) si accorgeranno che è stata lungi da me l'idea di fare la parte del « povero untorello » specialmente, senza parlare della mia pratica, dopo di avere studiato e citato i pregevoli lavori pubblicati sull'argomento in questi ultimi anni nel nostro *Policlinico* da chirurgi di valore e tanto meno dopo di avere constatato de visu i mirabili risultati dell'anestesia locale nelle cliniche di autentici maestri della chirurgia ed in interventi che non possiamo precisamente classificare fra quelli di piccola chirurgia.

Ringraziandola, signor Direttore, Le esprimo i sensi della più alta devozione.

Roma, 6 febbraio 1927.

Dr. F. REPACI.

Pionieri dell'odierna assistenza manicomiale.

Dal prof. Enrico Morselli riceviamo il seguente commento, che ci onoriamo di pubblicare, mentre esprimiamo i nostri ringraziamenti al grande alienista e pensatore:

Genova, li 21 marzo 1927.

Illustre Collega,

Nel fasc. 12, del 21 marzo corr., il « Policlinico » annunciando la prossima celebrazione del centenario del celebre alienista francese Filippo Pinel, lo designa come colui al quale si deve « la moderna assistenza manicomiale », e certamente intende la assistenza fatta con scienza e carità ai poveri alienati.

Ora, senza menomare i grandi meriti del Pinel che ebbe il coraggio di applicare tali metodi in un'epoca di sospetti, quale era la Rivoluzione Francese, io debbo ricordare che l'iniziativa di assistere e curare con umanità e con intenti esclusivamente medici i pazzi, si deve all'alienista toscano Vincenzo Chiarugi, che parecchi anni prima del francese aveva organizzato il vecchio Ospizio di San Bonifazio in Firenze secondo criterii clinici e filantropici. Le date non ingannano; la riforma del Chiarugi avvenne nel 1788 con la promulgazione di un regolamento mirabile per l'assistenza ai pazzi; il Pinel non slegò dalle catene i pazzi che nel 1792, quattro anni dopo! Adunque, anche in ciò la priorità spetta all'Italia, ed è necessario che questo fatto storico insopprimibile venga proclamato su di un periodico italiano di Medicina.

Saluti cordiali.

Prof. ENRICO MORSELLI.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La meningite otitica.

(W. P. EAGLETON. *Journal Amer. Med. Assoc.*, 6 novembre 1926).

La meningite di origine otitica clinicamente passa attraverso tre stadi: 1) invasione della rete subaracnoidea, durante la quale si hanno sintomi meningei generali più o meno intensi (febbre alta, cefalea, lieve rigidità nucale, vomito, alterazioni del polso, dilatazione delle vene del fondo oculare, aumento delle cellule e della globulina nel liquor): questi sintomi meningei generali scompaiono con l'asportazione del focolaio d'infezione primitivo mediante operazione sulla mastoide; 2) localizzazione pioaracnoidea; 3) leptomeningite generale terminale.

Per ben comprendere le vie seguite dal processo infettivo occorre ricordare alcuni dati anatomici. La infezione si diffonde attraverso la cisterna basale che si divide nella parte chiasmatica, parte interpeduncolare e parte pontina. La parte chiasmatica è la più profonda e la più stretta; la parte interpeduncolare è limitata lateralmente dai peduncoli e posteriormente dal margine anteriore del ponte; la parte pontina forma un doppio spazio triangolare con base mediana ed apice laterale. La cisterna magna cerebellare midollare tro-

vasi nell'angolo formato dalla congiunzione del cervelletto con il midollo sulla parte dorsale del fusto cerebrale. Karlefors dimostrò che mentre la posizione della cisterna è costante, le loro diramazioni sono molto irregolari.

Davis nel 1923 dimostrò chirurgicamente che il pus proveniente dal meato uditivo interno si diffonde attraverso i prolungamenti della cisterna pontis, passa nella cisterna stessa e s'insinua tra il tentorium cerebellum e la superficie superiore del cervelletto. Osservò anche, con esperimenti sul cadavere, che le iniezioni coloranti fatte nel seno laterale si arrestano alla superficie posteriore del cervelletto ed alla cisterna magna. Da ciò dedusse che le infezioni secondarie a senoflebiti hanno una prognosi migliore di quelle secondarie ad affezioni dell'orecchio interno perchè la suppurazione è più localizzata alla fossa posteriore e non può estendersi alla cisterna interpeduncolare.

Kauders ritiene che i corpi del Pacchioni, che, quantunque piccoli, sono numerosi nei seni venosi della base, siano la via d'infezione in molti casi di meningite secondaria a tromboflebite.

L'aracnoide ha un'origine embriologica analoga a quella del peritoneo, e come questo ha una funzione protettiva verso le infezioni, come è stato dimostrato sperimentalmente, clinicamente dalle guarigioni spontanee di meningiti settiche localizzate, e anatomo-patologicamente dalla frequenza di aderenze localizzate con i tessuti più spessi.

Dal punto di vista chirurgico i casi di meningite suppurativa al primo stadio devono essere divisi in rapporto alla regione che oppone la reazione protettiva.

1. Casi della fossa posteriore:

A) Casi labirintici:

a) da infezione attraverso il meato uditivo interno;

b) da infezione del dotto endolinfatico;

c) da carie del canale semicircolare posteriore.

B) Casi da carie della piramide petrosa senza labirintite.

C) Casi secondari a tromboflebite del seno laterale.

2. Casi della fossa media:

a) secondari a carie del tegmen, delle cellule apicali, del canale semicircolare superiore;

b) da tromboflebite delle piccole vene;

c) associati ad osteomielite dello squamoso.

Chirurgicamente il vestibolo del labirinto deve essere considerato come l'avamposto delle meningi, e quindi in ogni attacco di meningite da infezione attraverso il labirinto, deve essere determinato se la via d'invasione avvenne attraverso il meato uditivo interno o in seguito a carie della piramide petrosa per la via del dotto endolinfatico o del canale semicircolare posteriore.

Quando la meningite sopravviene per la via del meato uditivo interno, il processo morboso è limitato al principio al sistema liquido cerebro-spinale che circonda i nervi ed i vasi. In conseguenza una labirintite suppurativa associata a sintomi tossici cerebrali richiede il drenaggio di quest'area. Il reperto anatomo-patologico dimostra lo sforzo della natura a limitare il processo, quantunque in casi mortali la meningite è invariabilmente generalizzata. L'opera del chirurgo non deve che seguire quella della natura provocando una via d'uscita ai prodotti suppurativi.

Nei casi della fossa posteriore con carie localizzata della piramide petrosa, la incisione della dura della detta piramide determinava la fuoriuscita del pus o del liquor infetto.

Nelle meningiti consecutive o associate ad ascessi cerebellari la cisterna magna è enormemente distesa dal liquor infetto, e la sua evacuazione determina quasi istantaneamente l'alleviamento dei sintomi di compressione e meningei.

La meningite da affezione primitiva della fossa media può essere dovuta a carie del tegmen o più frequentemente a tromboflebite settica di una piccola vena che attraversa l'osso e poi raggiunge la dura. Quando raggiunge le meningi l'infezione è dapprima limitata alla regione intorno al tegmen ma rapidamente si diffonde alla cisterna interpeduncolare, la cui apertura generalmente provoca la fuoriuscita di notevole quantità di liquor contenente microrganismi.

I primi sintomi dell'affezione della fossa media sono: dolore dietro l'occhio, febbre leggera irregolare, paralisi oculare esterna, fotofobia, lieve rigidità nucale, bradicardia transitoria ed eventualmente emianopsia omonima. La puntura lombare dà liquor limpido, leggermente iperteso con o senza aumento del contenuto cellulare.

La diagnosi della meningite al primo stadio può essere fatta solo con l'osservazione minuta dei differenti sintomi: aspetto del paziente, leggera irrequietezza, eventuale vomito, sede e carattere del dolore, irregolarità e lentezza del polso, lievi movimenti febbrili, sproporzione tra la temperatura ed il polso, l'emianopsia omonima transitoria, la paralisi oculare esterna.

Nella leptomeningite diffusa terminale si ha assenza della reazione alla prova calorica ad ambo i lati nella posizione in piedi e in decubito. L'assenza della reazione al lato opposto a quella della lesione nella posizione in piedi e la sua presenza nella posizione di decubito è indice di aumento di pressione, e quando è accompagnata da induzione del nistagmo rotatorio è segno della presenza di essudato nelle meningi.

Il contenuto cellulare è più alto nel liquor dal lato dell'infezione. In molti casi il liquor della regione occipito-atlantoidea è più torbido che quello della regione lombare.

Nella meningite settica l'intervento chirurgico è indicato quando l'infiammazione è limitata all'area adiacente al focolaio primitivo o nelle vicinanze della cisterna basale. Il chirurgo offre probabilità di guarigione quando interviene nel periodo di calma apparente ed esistono sintomi leggeri del processo meningeo.

Non c'è dubbio che la natura spesso provvede da sè all'eliminazione del processo specie quando l'aumento della pressione endocranica è alleviata da ripetute punture lombari.

I ventricoli non sono invasi fino al periodo terminale ed allora ogni intervento è inutile, quantunque si possa tentare con qualche probabilità di successo l'irrigazione con l'introduzione intraventricolare di farmaci specifici.

Le condizioni patologiche nelle quali la meningite al primo stadio, cioè quando è ancora localizzata, si può beneficiare dell'opera del chirurgo sono tre: 1) eccesso di liquido infetto, con o senza essudato, nelle maglie dell'aracnoide; 2) necrosi della corteccia cerebrale con eccessivo essudato; 3) essudato meningeo negli spazi subdurali consecutivo ad ascesso cerebrale o a suppurazion del seno sfenoidale o accessorio.

Il trattamento chirurgico consiste nell'eliminazione per primitivo focolaio d'infezione, evacuazione del liquido infetto dalla cisterna basale a mezzo di piccola apertura nella dura e drenaggio a mezzo di punture nelle regioni occipito-atlantoidea e lombare, o larga apertura della dura nei casi di necrosi cerebrale o essudato negli spazi subdurali, o infine mettere in riposo le parti mediante la legatura della carotide interna o comune.

Successivamente sono consigliabili ripetute punture lombari associate eventualmente a trasfusione di sangue proveniente da un datore immunizzato.

Nei primi stadi della malattia non è conveniente praticare ampi lavaggi del focolaio settico per non disturbare le aderenze delicate. Tuttavia si può rimpiazzare il liquido settico evacuato con soluzione di Ringer modificata. Quando il processo è avanzato si possono fare irrigazioni perfino nei ventricoli cerebrali.

La medicazione intradurale o intraaracnoidea specifica con soluzione di anticorpi pneumococcici è senz'effetto o dannosa.

Tutti i pazienti devono essere tenuti nel più assoluto riposo almeno per un mese. Per qualche tempo, dopo l'operazione, si deve somministrare per os o per il retto solfato di magnesia, e di tanto in tanto ripetere la puntura lombare quando v'è sospetto di aumento della pressione endocranica.

DR.

Le paralisi difteriche.

(RAMOND. *Bull. Méd.*, 1926, n. 50).

Esclusa la rara emiplegia difterica, dovuta a trombosi arteriosa o cardiaca con embolia cerebrale o ad emorragia cerebrale, sono da chiamarsi paralisi difteriche tutti i disturbi nervosi motori, sensitivi o riflessi che sopravvengono in seguito a una difterite e che risultano direttamente dalla invasione dell'organismo da parte del bacillo di Klebs-Löffler.

Non insistiamo sull'importanza della loro conoscenza: diagnosi, prognosi e cura di esse devono essere alla portata di ogni medico.

L'A. ne descrive un caso in un collega di 32 anni; paralisi del velopendolo e dell'accomodazione, regredita, poi seguita da paralisi degli arti inferiori e superiori, con abolizione di tutti i riflessi tendinei.

Tutto ciò dopo una difterite curata tardivamente e insufficientemente col siero. Guarigione completa in quattro mesi.

A questo proposito l'A. s'intrattiene sulle paralisi difteriche.

Etiologia. Causa determinante è una qualunque delle manifestazioni difteriche, cause predisponenti dovute al terreno sono l'età (adulti) le malattie pregresse (tifo, dissenteria, tubercolosi) o concomitanti (morbillo, varicella, eresipela); cause dovute alla malattia sono la sua intensità e la sieroterapia mancata o scarsa, o tardiva.

Sintomi. Vi sono paralisi precoci (3-5 giorni dopo la difterite) e tardive (dal 10° al 45° giorno dopo). La sede è, nelle forme localizzate, il velopendolo, il laringe, un muscolo oculare, un arto, spesso in organi vicini a quello colpito dalla difterite. Vi sono poi forme generalizzate, per lo più secondarie a quelle localizzate. Hanno per caratteri principali l'incompletezza, la dissociazione, la variabilità, la curabilità e guaribilità completa senza postumi.

Forme cliniche. Abituale è la paralisi del velopendolo. Essa ha inizio subdolo, con lievi disturbi della deglutizione, voce nasale: poi si stabiliscono i disturbi gravi della fonazione, della deglutizione, dell'udito.

Il velopendolo è inerte, flaccido, privo di riflessi, pallido, con ugola deviata dal lato sano se la paralisi è unilaterale.

Si ha poi guarigione o evoluzione in paralisi generalizzate. La paralisi invade gli altri nervi bulbari e si hanno così paralisi dei muscoli del

faringe, del laringe, anestesie della mucosa orale, linguale, laringea.

Le paralisi oculari sono quasi sempre a carico del muscolo ciliare, rispettando i muscoli esterni del bulbo, e impedendo l'accomodazione.

Le paralisi degli arti inferiori, che insorgono dopo, sono incomplete, dissociate, variabili, con marcati disturbi sensitivi, specie subiettivi e profondi, e abolizione dei riflessi tendinei. I disturbi motori si presentano sotto forme lievi (paresi), sotto forme serie, con disturbi della sensibilità (pseudotabe difterica) e sotto forme gravi, vere paralisi complete o quasi, eccezionali. Rari e scarsi i disturbi trofici, poco modificata la R. D. L'evoluzione in guarigione è la norma.

Ma altri territori possono esser presi: gli arti superiori, con disturbi anche sensitivi, i muscoli del collo e della nuca, quelli del tronco, talora quelli della respirazione (intercostali, diaframma) con gravi disturbi, dispnea, talora, ma raramente, asfissia e morte.

È bene poi accennare a quella forma grave, variamente interpretata (miocardite? insufficienza surrenale acuta? paralisi del vago e suoi rami cardiaci, polmonari e gastrici? intossicazione dei centri bulbari da tossine difteriche?) che va sotto il nome di sindrome grave secondaria della difterite maligna (Marfan): pallore crescente, apatia, paralisi del velopendolo, debolezza crescente del polso, epatomegalia, dilatazione del cuore, vomiti, morte.

Localizzazioni eccezionali delle paralisi difteriche sono: la paralisi del facciale, quella degli sfinteri, la paralisi ascendente acuta tipo Landry.

La *diagnosi*, facile quando si tenga conto della difterite pregressa, divien difficile se si ignora quest'ultima. Si terranno presenti la sede e le caratteristiche essenziali della paralisi, i precedenti (angina, ecc.) e si ricorrerà al laboratorio (ricerca del b. di Löffler nel faringe, esame del liquido c.-r. ove si trova per lo più linfocitosi, dissociazione albumino-citologica, iperglicorrachia; nessun valore hanno la reazione di Schick e quella di Zoeller con anatossina di Ramon).

Diagnosi differenziale. Nel caso di paralisi del velopendolo, escludere i disturbi di esso dovuti ad angine banali, o ad altre flogosi del faringe (ascessi, ecc.), eliminare le altre cause (meningiti basilari, gomme, tubercoli, cisti, tumori cerebrali, paralisi labio-glosso-faringea, paralisi pseudo-bulbare, paralisi bulbare astenica di Erb-Goldflam) mediante lo studio dei sintomi concomitanti e propri di ognuna.

Nel caso di paraplegie, escludere, nel bambino, una poliomielite anteriore acuta, una corea molle, una meningite tubercolare, nell'adulto le polinevriti (alcoolica, saturnina, arsenicale, diabetica) e la tabe, basandosi specialmente sui precedenti del malato e sulle ricerche di laboratorio.

Nel caso di paralisi oculari, pensare alla sifilide cerebrale, alla tabe, alla encefalite letargica.

In ogni caso, non dimenticare che esistono delle paralisi da siero, accompagnate o no da altri disturbi (orticaria, edemi, ecc.).

Prognosi. Grave nelle forme precoci, per la facile insorgenza di una sindrome secondaria di Marfan, è invece buona nelle forme tardive, sebbene la morte si possa avere anche qui per accidenti respiratori, cardiaci o polmonari.

La durata è di una quindicina di giorni per le forme localizzate, di 3-4 mesi per le generalizzate.

Patogenesi. Molto discussa un tempo, è ora accertata: è sicuro che le paralisi difteriche insorgono *solamente* dopo una difterite, e che il siero specifico non può esserne che raramente la causa. È il bacillo a determinare la paralisi? No, poichè esso si localizza in un punto isolato (p. es. faringe). Sono le sue tossine, come lo prova anche l'inoculazione sperimentale di esse, seguita da classiche paralisi difteriche.

Quanto alla sede delle lesioni nervose, è ancora incerta: alterazioni anatomiche vennero trovate nei centri e vennero trovate nei tronchi nervosi: quali predominano?

Anche lo studio clinico non dirime questo dubbio: se da un lato, la sintomatologia è di paralisi periferiche, dall'altro l'insorgenza tardiva depone per la natura centrale, tanto più che si trovò una lieve reazione meningea e che si conosce l'affinità della tossina difterica per il bulbo.

Per quale via la tossina giunge ai tessuti nervosi? Un cumulo di circostanze ci porta ad ammettere che sia quella dei nervi (insorgenza tardiva, inoculazione nei nervi degli animali da esperimento seguita da rapide paralisi, affinità della sostanza nervosa per la tossina e presenza della tossina nel bulbo dei soggetti colpiti da paralisi difteriche, ecc.).

Cura. Quella dei sintomi: dieta liquida nella stafiloplegia, lenti nella paralisi del muscolo ciliare, bastone per appoggiarsi nella paralisi degli arti inferiori, ecc. Quella causale: la sieroterapia intensa in ogni forma di paralisi difterica, specie se poco siero venne adoperato contro le primitive manifestazioni difteriche. La vaccinoterapia mediante tossina mescolata ad antitossina; o mediante l'anatossina di Ramon. I medicamenti. solfato di stricnina, adrenalina, canfora e digitale per le forme cardio-bulbari. La terapia fisica; elettricità, frizioni, massaggi, meccano- e idroterapia.

Ma nessuno di questi mezzi terapeutici può dirsi veramente efficace ed occorre associarli

l'uno all'altro in ogni caso e, meglio, ricorrere alla *prevenzione* della paralisi, mediante la sieroterapia precoce, intensa, prolungata, della difterite in atto e la vaccinazione antidifterica preventiva.

GARRONE.

ORGANI DIGERENTI.

La gastrite, malattia a sé e suoi rapporti con l'ulcera.

(H. HOLWEG, *Münchn. med. Woch.*, n. 50, 1926).

L'esame gastroscopico sul vivente, permette di distinguere tre forme di gastrite: il catarro cronico mucoso semplice, la gastrite ipertrofica, la gastrite atrofica.

Il catarro cronico mucoso semplice è caratterizzato principalmente da un arrossamento maculoso con emorragie a strie, e abnorme rivestimento di muco; le alterazioni patologiche prevalgono nella regione del fondo e nel segmento superiore del corpo. A tale reperto anatomico corrispondono i sintomi clinici dispeptici, anoressia, succo gastrico a scarso potere digestivo e spesso poco acido.

Nella gastrite ipertrofica le alterazioni principali si osservano sovratutto nella regione dell'antro e della piccola curvatura. Nel decorso ulteriore della malattia la mucosa si ipertrofizza irregolarmente con formazione di protuberanze simili a tumori (pseudopolipi); altre volte si osservano ulcerazioni multiple più o meno grandi. Le parti della mucosa colpite da infiammazione sono particolarmente rigide e spesso è rigido anche il piloro. Meno frequente è osservare il muscolo sfintere dell'antro fortemente ipertrofico, talvolta addirittura prominente nel lume gastrico. L'infiammazione cronica della mucosa, tanto più se accompagnata da erosioni, determina un pilorospasmo riflesso. In seguito agli spasmi si ipertrofizza la muscolatura gastrica, l'ipertrofia aumenta verso il piloro. Quando il muscolo sfintere dell'antro si fa prominente nel lume gastrico esso può impedire lo svuotamento dello stomaco Clinicamente questa affezione determina sintomi di ulcera, dolore che si manifesta di solito una o due ore dopo il pasto, talvolta dopo svuotato lo stomaco e che si calma in seguito ad ingestione di cibo, sensibilità della regione gastrica, presenza dei punti di Boas, stitichezza e emorragie occulte nelle feci. In questi casi si diagnostica di solito un'ulcera gastrica che non viene trovata all'intervento operativo.

La gastrite cronica rappresenta lo stadio terminale del catarro mucoso cronico, in altri casi essa è una malattia primitiva che si manifesta specialmente nel corso dell'anemia perniciosa, della leucemia e del morbo di Addison.

Importanti sottospecie della gastrite sono la gastrite dei gastroenterostomizzati e i catarri gastrici anacidi che si sviluppano nel corso di dispepsie intestinali e di colangiti: queste forme sono caratterizzate dall'esacerbazione periodica dei disturbi.

La gastrite nelle diverse forme ora indicate è la più importante fra tutte le malattie dello stomaco. E una malattia molto frequente come lo dimostrano i reperti gastroscopici, è una malattia a sè che si accompagna però frequentemente con ulcerazioni (nel 70-80 % dei casi).

Gastrite e formazione dell'ulcera si devono considerare due diversi stadii di una stessa malattia, la malattia dell'ulcera; i sintomi caratteristici nell'anamnesi degli ammalati di ulcera sono determinati dalla gastrite. La malattia dell'ulcera si manifesta in seguito ad anomalie costituzionali per cui specialmente i capillari della mucosa gastrica sono deficienti nella loro struttura e nella loro funzione.

Se ora viene ad agire una causa dannosa esogena essa determina alterazioni gastriche o con sigillazioni, erosioni piccole e grandi, infine ulcerazioni. Queste ultime determinano spasmi e contrazioni vasali vaso motorie, che a loro volta provocano disturbi nutritivi, e quindi autodigestione della mucosa gastrica.

POLLITZER.

Sulla colecistogastrostomia nell'ulcera dello stomaco e del duodeno secondo il metodo di Bogoras.

(NASAROW. *Arch. f. Klin. Chir.*, 141, 3, 1926).

Nella Clinica chirurgica di Saratow diretta da Rasumowsky sono stati operati negli ultimi cinque anni 120 casi di ulcera gastrica con diversi metodi: gastroenterostomia, piloroplastica, gastropessia, resezione, colecistogastrostomia.

Di colecistogastrostomia, secondo Bogoras, sono stati operati 30 casi con buon risultato. La colecistogastrostomia era stata finora adoperata soltanto nell'occlusione delle vie biliari per tumori maligni (pancreas), quando già Daster aveva dimostrato sperimentalmente che la presenza di bile nello stomaco non influiva sul potere digestivo. Nel 1888 Oddy fece nei cani l'anastomosi tra cistifellea e stomaco dopo chiusura del coledoco e la ricerca nell'animale dimostrò l'operazione possibile senza che rimanesse alcuna alterazione. Nel 1892 l'operazione venne praticata sull'uomo da Wickhoff e Angelberger e poi seguita da Hildebrand che nel 1902 ne comunicò 6 casi, da Spassokukorzky che all'XI Congresso di Mosca

riferì su 4 casi: dalla discussione si stabilì che l'anastomosi della cistifellea con lo stomaco è indicata nelle stenosi delle vie biliari e che la bile non apporta alterazioni nella funzione gastrica.

Nel 1925 Bogoras comunicò i risultati clinici di 14 casi operati col suo metodo nei quali si era verificato un abbassamento della iperacidità gastrica. Una neutralizzazione del succo gastrico si era osservata anche dopo la gastroenterostomia ma non così forte e duratura come con l'operazione di Bogoras.

L'A. riporta come esemplari i sunti di 5 storie dei suoi 30 operati nei quali l'operazione fu fatta per ulcera gastrica in gran parte della piccola curvatura (20). I malati furono studiati con le prove chimiche prima e dopo l'intervento.

In 5 casi l'operazione riuscì difficile per la piccolezza della cistifellea. La sutura fu fatta in triplice strato lasciando un'apertura dai 2 ai 5 cm. ricoprendo la linea con omento. I pazienti vennero dimessi in 12ª giornata e poi osservati ambulatoriamente. Le ricerche chimiche dopo l'operazione diedero un abbassamento notevole del valore acido del succo gastrico con presenza di bile.

Particolarmente interessante è un caso in cui dopo 5 mesi di benessere ritornarono i disturbi ed una iperacidità del succo gastrico e che rioperato mostrò l'anastomosi obliterata per infiltrazione dall'ulcera.

L'anastomosi fu rifatta, l'acidità gastrica discese e l'infermo non ebbe altri disturbi. L'abbassamento dell'acidità si ottiene anche con la gastroenterostomia o la resezione, ma questa operazione è di gran lunga più semplice.

Sperimentalmente nel laboratorio di Paulow il dott. Manuilov ha studiato la questione per mezzo dello stomaco isolato ed ha concluso che dopo l'anastomosi l'alimentazione con carne e grassi dà una iperattività delle ghiandole con ipersecrezione ed ipercloridria, dopo l'alimentazione con latte e pane porta una limitazione nell'attività ghiandolare con iposecrezione ed ipocloridria.

Occorrono però ulteriori esperimenti per dimostrare il meccanismo di azione.

R. BRANCATI.

Studio clinico e pronostico degli esiti lontani della resezione gastrica per cancro.

(DELORE, MALLET-GUY e BURLET. *La Presse Médicale*, 6 ottobre 1926, n. 80, p. 1250).

Gli AA. si riferiscono a 166 osservazioni di ammalati operati da Delore dal 1903 al 1926. Di essi 130 guarirono operatoriamente, ed 88 furono potuti seguire completamente: 26 sono morti nel 1° anno, 24 nel 2° anno, 10 nel 3° anno; 22 sopravvissero dopo il 3° anno; di quelli sopravvissuti oltre il 3° anno 8 sono morti di recidiva oltre il 3° anno. Si ebbe soltanto il 16 % di guarigioni definitive. La percentuale dei risultati non varia se si rapporta ai soli casi accertati istologicamente.

Ma nelle resezioni gastriche per cancro si debbono vagliare: risultati temporanei e guarigioni definitive. La durata media delle sopravvivenze si può calcolare a 18 mesi per la recidiva. Però d'ordinario si ha un periodo libero di sintomi prima che si riconosca la recidiva. In genere a una sopravvivenza lunga corrisponde una guarigione prolungata, ad una sopravvivenza corta un breve miglioramento, ma può anche osservarsi una sopravvivenza lunghissima con un breve periodo di miglioramento, o addirittura un miglioramento funzionale gastrico mediocre fin da principio.

La guarigione temporanea può riferirsi a tutte le funzioni, tanto da riprendere le occupazioni, o può essere incompleta, anche in rapporto ai disturbi digestivi. Nella maggior parte dei casi gli AA. ottennero notevoli miglioramenti delle condizioni generali.

Nell'84 % dei casi si ebbe la recidiva, annunciata il più delle volte dalla ricomparsa dei disturbi gastrici, dall'ascite; dallo ittero, dovuto a metastasi epatiche od a compressione di gangli linfatici, con metastasi, sulle vie di deflusso della bile. Inoltre i dolori possono essere rivelatori di recidiva così come il peggiorare delle condizioni generali.

In merito alle guarigioni definitive 14 degli operati sembrano definitivamente guariti, considerando come limite della guarigione 3 anni dopo l'operazione; ma in genere tale lasso di tempo è anche esso troppo ristretto: infatti 7 dei loro operati sono morti dopo 3 anni e 2 dopo 6 anni. Dei 14 operati 4 si trovano ancora nel periodo dal 3° al 6° anno, al quale ultimo gli AA. propongono di riferirsi per stabilire la guarigione definitiva.

Circa gli elementi di prognosi postoperatoria gli AA. non danno gran valore all'esistenza della stenosi pilorica, con la quale il cancro, manifesta più precocemente dei disturbi funzionali.

Riguardo alla media della sopravvivenza nei casi con metastasi gangliare apparente o no avrebbero avuto una media di sopravvivenza di 18 m. tanto nella 1ª serie di casi che nella 2ª. Così pure avverrebbe per i casi con aderenze o non.

Secondo gli AA. invece ha grande importanza per la prognosi di recidiva la natura del tumore: sarebbe massima nel cancro colloide, col quale si avrebbe una sopravvivenza di 14 mesi contro quella di 23 mesi per le altre varietà istologiche

di tumori. Gli AA. desumono che l'ulcera cancro permette una prognosi un po' migliore di quella del tumore banale: infatti nei malati con ulcera cancro la media della sopravvivenza sale a 19 mesi, contro una media di 17 mesi in tutte le altre forme. JURA.

SEMEIOTICA.

Esame radiologico dell'utero e degli annessi. Tecnica e risultati.

(GRÉGOIRE, BÉCLÈRE e DARBOIS. *Journal de Chirurgie*, n. 6, 1926).

L'A. ricorda come da molti anni si sia tentato di precisare le diagnosi ginecologiche facendo la radiografia della cavità uterina e delle trombe rese visibili con una iniezione di sostanza opaca. Il Dartigues fin dal 1916 veva ricordato tutta l'importanza di tali ricerche. L'A. crede che, migliorando la tecnica, si riuscirà ad avere degli insegnamenti molto più precisi per le indicazioni rispettive della chirurgia e della radioterapia. Le sostanze adoperate sono state molteplici. Cary per il primo si è servito dell'*argirolo*, Rubin, Dartigues hanno usato il *collargolo;* Kennedy ha utilizzato il *bromuro di sodio* per fare la diagnosi delle ostruzioni tubariche. Mocquot e Tussau hanno adoperato la *pasta bismutata*, finalmente l'*olio iodato* o *lipiodol* del quale Sicard e Forestier hanno mostrato tutta l'innocuità nelle affezioni *intrarachidee* ed *intrabronchiali*. È stato utilizzato per la cavità uterina da Carelli, Portret, Carlos Hauser, Tussau ed infine da Mocquot.

L'A. fin dal 1925 ha iniziato delle ricerche su dei pezzi operatori e pezzi di autopsia ed ha applicato tale metodo alla diagnosi clinica dopo la comunicazione fatta da Mocquot nel 1925 alla Società di Chirurgia Francese. Il Lipiodol sembra infatti la sostanza di scelta, poichè è antisettico, facilmente iniettabile e tollerabile ed è molto opaco ai raggi.

Tecnica. — Il giorno avanti all'esame la paziente è purgata, alla sera ed al mattino seguente si pratica un lavaggio vaginale iodato. All'inizio l'A. si è servito dell'anestesia epidurale, che poi ha abbandonato. La sola sensazione dolorosa è data dalla presenza del catetere nell'utero e dalle pinze di Musseux situate sul collo. Il dolore è attenuato con una iniezione preventiva di morfina o di geloscopolamina (2-3 milligrammi) tre quarti d'ora prima dell'esame. Situata la paziente in posizione supina si applica lo speculum bivalve di Collin e si disinfetta con lo iodio il collo e la vagina. Ciò fatto si esplora il diametro e la direzione della cavità uterina con un isterometro o metallico o di gomma. Si cerca allora una sonda di gomma sterile adattabile perfettamente al calibro del collo uterino. Queste sonde, data la loro costituzione, sono perfettamente adattabili e spostabili nella cavità stessa e non producono traumi di sorta. Si mettono dei tamponi in vagina e si ritira lo speculum. Si porta quindi la paziente sul tavolo per l'esame radiologico, si inietta il lipiodol nella quantità di 20 cmc. lentamente e si applicano due Musseux ai lati del collo uterino, e per mezzo di un manometro adattato con un tubo a T e graduato da 0 a 35 cmc. di mercurio se ne misura la pressione massima che non deve sorpassare i 30 cmc. Se si ha la precauzione di iniettare il liquido lentamente e di non sorpassare i 30 cmc. di pressione arrestandosi quando la paziente accusa malessere questo esame è perfettamente inoffensivo. L'A. l'ha praticato 40 volte senza insuccessi. In genere la temperatura non si innalza. Una sola volta ha notato la temperatura che si è elevata di 8 decimi alla sera. Due volte ha notato brividi. Tale metodo è stato molto utile secondo l'A.: 1) nella diagnosi dei tumori pelvici, localizzando il tumore nell'utero al di fuori di esso o anche al di fuori dell'apparato utero-salpingeo; 2) nella diagnosi delle metrorragie, mostrando la presenza di un tumore intrauterino e guidando così per una biopsia; 3) nello studio della permeabilità tubarica poichè, così facendo, si può vedere se il liquido attraversa la tromba o vi si arresta.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

THOMNSON F. G. e GORDON R. G. *Chronic rheumatic diseases. Their diagnosis and treatment.* Un vol. in 8° di 202 pag. Humphrey Milford. Oxford University Press. Londra, 1926. Prezzo Scell. 8/6.

Gradatamente l'oscuro ed informe capitolo delle affezioni reumatiche croniche si va rischiarando e precisando, togliendo anzitutto da esso quelle malattie che danno dei sintomi reumatoidi, ma che sono dovute a cause definite (deformità statiche, malattie del sistema nervoso centrale, ecc.) e riconoscendo la giusta eziologia delle singole affezioni, particolarmente la così detta infezione focale che da noi non è ancora considerata nella giusta luce, ma che evidentemente ha una parte non piccola in molte malattie di origine vaga ed oscura.

Lo studio delle affezioni reumatiche croniche è di grande interesse per il medico, per la diagnosi non sempre agevole e per la terapia che, in mancanza di una diagnosi esatta, è spesso lunga e malcerta. Il libro di T. e G. dà un'esatta visione dello stato attuale delle nostre conoscenze in materia, passate attraverso il crivello dell'esperienza clinica dei due autori.

Nella prima parte troviamo svolta la clinica, nella seconda si accenna agli errori più comuni della diagnosi, nella terza si stabiliscono i principi generali del trattamento: medicamenti, cure idropiniche e climatiche, fisioterapia, ortopedia, vaccini. Il volume, scritto con senso pratico, sarà letto e consultato con vantaggio. *fil.*

H. WARREN CROWE. *The Treatment of Chronic Arthritis and Rheumatism.* Humphrey Milford Oxford University Press, 1926. Pr. 8/6.

L'A., basandosi su larga esperienza personale, e partendo dalla premessa che tanto l'osteoartrite quanto l'artrite reumatoide sono dovute ad infezioni da streptococchi e da micrococco deformante, scrive lunghe pagine per lodare la terapia vaccinica di tali affezioni. La sua parola è così persuasiva, e i resultati da lui comunicati sarebbero talmente buoni, da incoraggiare anche lo scettico a provare una cura simile, in queste forme morbose che di solito esasperano medico e paziente per la loro resistenza ai comuni trattamenti.

Utili cenni etiologici, patogenetici e diagnostici completano l'importante volume. M. F.

H. HOLFELDER. *Kritische Uebersicht über die Grundlagen der modernen Röntgentherapie.* Fasc. 7° aggiunto alle pubblicazioni della « Medizinische Klinik ». Urban e Schwarzenberg. Mk. 1.

Il fascicolo breve contiene le lezioni di Holfelder al corso della Società tedesca di Radiologia tenute dal 19 al 31 luglio 1926.

La prima lezione comprende i fondamenti fisici della Röntgenterapia; cioè la natura dei raggi X; la posizione dei raggi X nella scala spettrale, il modo per ottenerli, le condizioni per il miglior rendimento (190-200 Kw), le differenze fra le varie radiazioni la cui azione biologica, secondo l'A., si differenzia solo per ragioni di assorbimento e per la diversa distribuzione spaziale.

La seconda lezione riguarda l'azione biologica dei raggi X sulle cellule e sui tessuti: l'azione dei raggi X è legata all'assorbimento ma è difficile dire quale è la parte della cellula prima colpita. La capacità della vita cellulare è strettamente legata al ricambio regolato dalla permeabilità della membrana cellulare: i raggi agiscono su questa e la differenza fra dose eccitante e dose distruttiva è in dipendenza di una variazione quantitativa. Le singole cellule mostrano una sensibilità diversa, ma col crescere della dose finisce l'azione elettiva per aversi una azione in massa. È chiaro che la terapia del carcinoma finisce per essere espressa da una equazione semplice: massima dose sul focolaio di malattia con la minima dose spaziale. È perciò che (3° capitolo) l'A. accenna alle direttive della Röntgenterapia e al sistema ideato dall'A. dei campi a fuochi crociati tenendo conto delle curve di isodose.

Il breve fascicolo può riuscire interessante per il radiologo a cui siano già noti i problemi tecnici della Röntgenterapia. E. MILANI.

BUCKY. *Anleitung der Diathermiebehandlung.* Seconda edizione, pagine 200. Urban e Schwarzenberg, editori, 1927. Marchi 6.

La Diatermia del Bucky è già nota in Italia per la traduzione che da alcuni anni (la prima edizione tedesca è del 1911) ne è stata fatta.

Questa seconda edizione tedesca appare con notevoli aggiunte e aggiornata non tanto per quel che riguarda la parte generale tecnica quanto per quel che riguarda l'azione biologica della diatermia specialmente rispetto agli altri metodi di applicazione di calore.

I 3/4 del libro sono del resto consacrati alla parte pratica dell'argomento: sul modo come vanno posti gli elettrodi, sulla posizione del paziente, sul tempo di applicazione, ecc.

Con notevoli aggiunte appare il capitolo (corredato da figure esplicative) che riguarda la tecnica di applicazione a seconda della sede (orecchio, naso, articolazioni, testa, uretra, ecc.): infine quasi nuovo è il capitolo ultimo che ordinatamente descrive tutte le malattie che si giovano della diatermia commentandone il meccanismo di azione. E. MILANI.

È stata pubblicata dalla Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi (Milano, via Ausonio n. 22) una grossa puntata del *Trattato di Ginecologia ed Ostetricia* a cura dei proff. CUZZI, GUSSONI, MANGIAGALLI, PESTALOZZA.

Con questa puntata il Sen. LUIGI MANGIAGALLI ha ultimato il suo volume sulla Ginecologia.

Nostra nuova pubblicazione, in corso di stampa

Prof. VINCENZO GIUDICEANDREA
Pareggiato di Patologia Medica nella R. Univ. di Roma

Manuale Pratico di Diagnostica Medica
con i mezzi di Laboratorio.

Il libro sarà una esposizione essenzialmente clinica delle risorse che il Laboratorio può fornire per la diagnosi, per la prognosi e per lo studio funzionale degli organi.

Senza trascurare i metodi di tecnica di più facile esecuzione e le nozioni fondamentali su quelli riservati agli specialisti, saranno trattate particolarmente le indicazioni delle differenti ricerche utili per i vari casi e per le singole malattie, per chiarire alcune sindromi e l'interpretazione pratica dei risultati.

Riuscirà un volume di circa 400 pagine, con molte figure nel testo e nitidamente stampato su carta semipatinata.

Gli abbonati che desiderano riceverlo appena pubblicato, abbiano la bontà di inviare cartolina postale di prenotazione all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA.

DISCUSSIONI IMPORTANTI.

I tumori endotoracici.

(*Royal Soc. of Medicine* e *British Med. Journal*, 1926, n. 3401).

L. S. T. BURRELL. — I tumori endotoracici possono dividersi in tre gruppi: del mediastino, della pleura e dei polmoni. In ogni caso, il tumore può essere primario o secondario; la diagnosi del tumore secondario è, in generale, facile e la cura negativa. Invece, i tumori primarî e specialmente quelli benigni che possono diventare fatali soltanto in ragione del volume che acquistano, sono in certi casi curabili.

Il tipo più frequente di tumore è il sarcoma, come anche il fibroma ed i tumori dermoidi. Negli stadî primitivi, si hanno segni di compressione. In un caso dell'O. il paziente si lamentava che le vene del lato destro del collo si rigonfiavano quando egli si curvava in avanti. In un altro caso, si avevano delle notevoli modificazioni in alcune articolazioni ed all'osservazione del torace, si trovò il tumore; con tre applicazioni di raggi X, scomparvero il tumore e i disturbi articolari; il tumore, in sèguito, ricomparve e fu trattato nuovamente con successo; la morte si ebbe quattro anni dpo la prima scoperta del tumore che si riconobbe essere un linfadenoma.

In parecchi casi di tumore mediastinico, si ha precocemente un versamento pleurico, ma, in generale, non prima che altri segni abbiano resa ovvia la diagnosi. Il dolore e la dispnea sono spesso segni precoci, ma l'unico metodo sicuro di diagnosi sono evidentemente i raggi X negli stadî primitivi ed ancora suscettibili di cura chirurgica.

I tumori della pleura sono generalmente endoteliomi, di cui il primo sintomo è la dispnea causata dal versamento pleurico; la diagnosi, in questi casi, è ovvia ed il trattamento inefficace. La malattia viene confermata dall'esame del liquido estratto con la puntura (che è spesso, ma non sempre ematico) e con la toracoscopia.

I tumori del polmone non sono molto rari e raggiungono l'1% circa di tutti i casi di carcinoma. Sembra che la tubercolosi sia una causa predisponente; essa coesiste spesso con il carcinoma e, siccome in entrambe le condizioni è più frequentemente affetto il lobo superiore, la diagnosi può essere assai difficile. Invece è molto importante farla precocemente perchè l'operazione offre qualche probabilità di guarigione, impossibile da ottenere con altri mezzi. Il medico deve sempre stare in guardia se qualche cosa di insolito egli osserva nei pazienti tubercolotici e deve considerare di qualche significato la persistente negatività dell'esame dello sputo negli individui sospetti.

Circa l'80 % dei carcinomi dei polmoni si inizia in un bronco e, quindi, la broncoscopia è di grande valore per la diagnosi; una volta che questa è stata fatta, si deve chiamare il chirurgo, poichè i raggi X sono inefficaci salvo nei casi di linfadenoma, ed i tumori, maligni o benigni, sono fatali se non sono asportati mediante l'operazione.

SOMERVILLE HASTINGS. — Per i laringologi, i neoplasmi del torace si rendono evidenti con la pressione del vago, che provoca sintomi laringei, con la pressione sull'esofago, sulla trachea e sui bronchi principali. La pressione sul vago dà generalmente affezioni paralitiche del laringe; nei primi stadi, vi è difficoltà di respiro che è rumoroso; nei casi di pressione per tumori maligni, l'intubazione è il metodo più soddisfacente di trattamento per portare avanti i pazienti fino a che si abbia la paralisi completa. In questi casi, si hanno più precise informazioni con l'esofagoscopia che con il pasto opaco ed i raggi X. Nel caso di ostruzione esofagea, il trattamento col radio può dare risultati soddisfacenti.

La pressione sulla trachea e sui bronchi può essere data da varî tumori al didentro ed al difuori delle vie aeree. Invitando il paziente a piegarsi bene in avanti, la trachea può anche essere veduta con uno specchio laringeo; per i bronchi invece è necessaria la broncoscopia, che, in mani sperimentate, non presenta nessun pericolo. Per mezzo di essa, si può riconoscere la neoplasia, asportare un pezzetto per l'esame istologico ed, eventualmente, introdurre delle sostanze opache per l'esame ai raggi X e fare anche applicazioni di radio. Inoltre, quando si ha la sepsi, si possono fare, per mezzo del broncoscopio, delle lavature.

J. E. H. ROBERTS. — Mette in rilievo l'importanza della diagnosi precoce, poichè la chirurgia toracica attuale dà la possibilità di asportare le neoplasie endotoraciche, di cui le benigne sono più rare che le maligne, ma possono più agevolmente venire scoperte mediante i raggi X. Fra esse, le cisti dermoidi nel mediastino anteriore ed i fibromi che provengono dal mediastino posteriore sono le forme più frequenti. In sul principio, questi tumori possono essere senza sintomi, ma possono talora provocare la compressione e la morte.

I mezzi di accesso consistono nello sportello sternale che evita l'apertura della pleura e che può essere utile per i tumori dell'apice e per le operazioni transpleuriche.

Fra i tumori maligni, il sarcoma primario del polmone e del mediastino non sono suscettibili di trattamento chirurgico; è invece preferibile l'irradiazione. Abbastanza comune è il carcinoma primario dei polmoni, che ha origine solitamente da un bronco e raramente dal parenchima polmonare. Esso provoca ostruzione del lume del bronco, con collasso di una parte del polmone ed, in seguito, bronchiectasia. Siccome l'operazione è pericolosa in questi casi per la possibile infezione, è necessario fare la diagnosi prima che siano intervenute la degenerazione e la sespi. Nei casi infetti, possono essere utili le operazioni palliative per drenare gli ascessi.

S. MELVILLE. — Nel periodo preradiologico, la pubblicazione di un caso di neoplasia toracica era una rarità ed il clinico medico non teneva conto

di questa affezione, in parte per la sua rarità, in parte per l'inutilità dell'intervento. Attualmente le condizioni sono radicalmente mutate. Per quanto riguarda la diagnosi del fibroma è importante il collasso del polmone, procedimento semplice ed innocuo che può essere di uso universale. In un caso di cisti dermoide la diagnosi radiologica fu difficile in causa della densa opacità del materiale sebaceo in essa contenuto.

Per ciò che ha rapporto con i tumori maligni, l'O. riporta alcune statistiche recenti, secondo le quali il carcinoma del polmone si troverebbe nel 4 % di tutti i carcinomi e si domanda se si tratti di aumento reale od apparente. La stenosi bronchiale sembra essere il primo risultato del carcinoma polmonare e dà un quadro che non può essere altrimenti confuso. Nel carcinoma del lobo superiore, il quadro radiologico è caratteristico e soltanto può prestarsi a confusione con la polmonite lobare. Più difficile è la diagnosi per la parte inferiore del polmone per le opacità date dalla compartecipazione della pleura. Nel caso di neoplasmi secondari, il sarcoma ed il carcinoma hanno aspetti simili, ma ciò non ha grande importanza.

Nel caso di tumori mediastinici, è necessaria la collaborazione fra il clinico ed il radiologo; quest'ultimo deve provare che il tumore non è connesso con l'aorta e per questo è assai utile la rigorosa posizione laterale. Il radiologo può anche diagnosticare la presenza di una tiroide retrosternale ed usare il pasto opaco, per vedere se vi sia qualche tumore che comprime l'esofago.

R. Knox. — Mette in rilievo l'importanza di una diagnosi precisa, poichè spesso si sono fatte confusioni con l'aneurisma. Descrive un caso di linfosarcoma che fu dapprima trattato con successo mediante l'introduzione di radio ed, alla recidiva due anni più tardi, con i raggi X, che provocarono la scomparsa del tumore. Un altro caso, pure trattato con successo, fu un tumore mediastinico, secondario ad uno del testicolo; in un terzo caso, un sarcoma secondario, si ebbero risultati negativi.

R. Hilton. — L'introduzione di una piccola quantità di aria nel torace è di grande aiuto per la diagnosi di neoplasmi endotoracici in cui vi sia versamento pleurico, abbassando il livello del liquido. Il pneumotorace è anche un intervento preliminare per l'operazione. L'aria va introdotta alla pressione atmosferica, senza forzarla. Nel polmone collassato i procedimenti terapeutici sono più agevoli.

Charlton Briscoe si occupa della diagnosi della compartecipazione del nervo frenico, in conseguenza di tumori che si trovano sul suo decorso. In seguito alla paralisi di tale nervo, si hanno aree di deflazione del polmone che possono essere messe in evidenza da aree di ottusità all'esame fisico. È anche importante l'esame radiologico.

F. G. Chandler. — La diagnosi precoce dei tumori endotoracici benigni è spesso fatta per caso, procedendo all'esame abituale radiologico del torace. Di solito, in questi casi, non sono frequenti le dilatazioni venose del torace, che sono invece più comuni nell'aneurisma, nelle gomme, nella tiroide retrosternale. In un solo caso l'O. potè rilevare un vantaggio nel trattamento del sarcoma polmonare primario con i raggi X.

Devereux Forrest. — Descrive i risultati del trattamento dei 152 casi di neoplasma endotoracico, verificatisi negli ultimi venti anni all'ospedale di Londra. Sembra che il sarcoma polmonare sia da escludere, poichè i casi ritenuti tali sarebbero invece carcinomi midollari dell'epitelio bronchiale. Dallo studio dell'O., i tumori endotoracici sarebbero in reale aumento. Sono poi molto comuni, in caso di neoplasia polmonare, le metastasi epatiche. Filippini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia di Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 19 dicembre 1926.

Presidenza: prof. R. Stanziale, vice-presidente.

Sulla produzione di emolisine nei conigli a dieta autoclavata.

G. Ascione. — Dopo di aver constatato con esperienze preliminari che i conigli adulti non sono indifferenti ad una protratta dieta privata di vitamine, per quanto non sia riuscito a suscitare in essi il quadro classico delle avitaminosi sperimentali, l'O. ha immunizzato con globuli rossi di bue un secondo lotto di conigli, ciascuno di circa 1500 grammi, iniziando il trattamento con la dieta devitaminizzata, e dopo vario intervallo da essa. Similmente furono trattati due conigli tenuti a dieta normale, due a dieta autoclavata cosparsa di succo di arancio, due a dieta normale con aggiunta di abbondante succo di arancio.

Fu studiato il potere emolitico del siero. I resultati ottenuti hanno dimostrato che i conigli a dieta speciale producono emolisine di titolo notevolmente basso, di fronte ai controlli, e di fronte a quelli tenuti a dieta speciale con aggiunta di succo fresco di arancio.

È inoltre interessante rilevare che i conigli dopo una settimana dalla dieta speciale già mostrano una diminuita facoltà di produrre emolisine, quando non appare il minimo disturbo, a giudicare dal peso, dall'appetito e dalla vivacità degli animali; e che i conigli tenuti a dieta normale, con aggiunta di succo di arancio, dànno emolisine di titolo pressochè uguale a quello dei controlli, cibati con erbe fresche.

Seduta del 28 novembre 1926.

Presidenza: prof. R. Stanziale, vice-presidente.

Il Trifol nella cura della psoriasi.

A. Oro. — L'O. espone i risultati ottenuti, nella Clinica Dermosifilopatica di Napoli, sperimentando l'azione di un preparato aurico (il Trifol) nella cura della psoriasi.

Su 10 pazienti l'O. ha ottenuto in 5 la scom-

parsa completa dell'eruzione, in un minimo di 27-28 giorni e in un massimo di 45 giorni, praticando da 4 a 7 iniezioni endovenose, a distanza di una settimana, iniziando dalla dose di gr. 0,005 ed arrivando in genere a quella di 0,025 con un totale di medicamento iniettato variante da 0,045 a 0,185.

In 2 pazienti ha ottenuto solo un'accentuata miglioria pur raggiungendo in uno di essi una dose globale di sale aurico abbastanza elevata (gr. 0,239).

In altri 3 pazienti, infine, ha visto prodursi una maggior diffusione o accentuazione del male.

Influenza della lattalbumina sulla immunizzazione dei conigli col B. tifico e con lo stafilococco.

G. ASCIONE. — Nel siero di sangue di coniglio inoculato con vaccino e con lattalbumina furono studiate le agglutinine, le batteriolisine, le batteriotropine.

I resultati dimostrarono, per gli anticorpi studiati, che la lattalbumina rafforza notevolmente l'azione del vaccino, specialmente quando è inoculata 48 ore dopo la sospensione di germi, nel qual caso il titolo agglutinante del siero antitifico è quasi doppio di quello dei controlli.

Confrontando poi tra loro i resultati dei due gruppi di esperienze, cioè quelli ottenuti col siero antitifico e quelli ottenuti col siero antistafilococcico, si rileva che la efficacia della lattalbumina è assai più spiccata nei conigli immunizzati col B. tifico, che in quelli immunizzati con lo stafilococco.

Demorfinizzazione e solfato di magnesio.

A. PUCA. — Comunica, a complemento delle sue ricerche sul morfinismo, il metodo clinico dello svezzamento fondato sul sinergismo tra morfina e solfato di magnesio.

Espone le norme di un divezzamento, riportando ricerche personali sulla sterilità delle soluzioni e le curve di rapido, lento o brusco divezzamento.

Riporta la casistica clinica, in cui è stato adottato il metodo proposto, senza nessun sintoma clamoroso da astinenza.

Indaga le ragioni di questa indicazione e ne spiega gli effetti con la nota azione deprimente del $MgSO_4$, sul sistema neuro-vegetativo e sulla eccitabilità muscolare.

Riferisce la sua indagine clinica con il riflesso oculo-cardiaco per dimostrare questo sinergismo.

Riporta, a sostegno della sua tesi, grafiche della eccitabilità muscolare, dei movimenti spontanei di muscoli lisci e grafiche di polso cerebrale sotto l'azione delle due sostanze a dosi inattive da sole e poi associate.

Conclude affermando che il sinergismo morfina-solfato di magnesio deve essere solo chiarito nei suoi particolari farmacologici. A. CHISTONI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Sulla struttura del nervo olfattivo.

P. LOCATELLI. — Ha potuto osservare, e dimostra con preparati, nel nervo olfattorio una disposizione delle fibrille nervose nettamente reticolata, con formazione di maglie più o meno ampie, che viene ad escludere qualunque possibilità di rapporto isolato fra elemento e elemento nervoso.

Azione della corteccia surrenale sulla crescenza.

FIESCHI A. — L'O. ha studiato l'azione degli estratti di corteccia surrenale sui conigli, in rapporto all'accrescimento ponderale e dimensionale.

I principali risultati ottenuti sono: aumento del peso corporeo, senza un aumento di peso degli organi splancnici; maggiore sviluppo delle masse muscolari degli arti; accrescimento notevole del sistema scheletrico, specialmente a carico della lunghezza della colonna vertebrale; aumento in peso delle ghiandole sessuali maschili.

La cistifellea a fragola in rapporto alla calcolosi.

PICCALUGA NINO. — L'O. descrive due casi clinici di cistifellea a fragola dei quali, il primo permette di osservare la presenza di numerosissimi calcoli da forme microscopiche ancora legate alla parete sino a forme di circa un centimetro di diametro libero nel lume della vescichetta; il secondo uno stadio affatto iniziale in cui però appaiono ben manifeste le tipiche alterazioni della parete.

Partendo da questi casi clinici l'O. ha creduto opportuno trasportare le ricerche nel campo sperimentale, riuscendo con adatti espedienti a riprodurre pure nei cani la tipica struttura della cistifellea a fragola, con la formazione di granuli di colesterina liberi o nei villi della parete.

L'influenza della stasi sul microbismo della bile e della cistifellea dei cani.

ANARDI T. — L'O. espone i risultati delle ricerche eseguite su 32 cani, con l'introduzione di un adeguato modello in vetro sterilizzato nella colecisti, provocando così una stasi della bile ed un'irritazione di tutta la parete della cistifellea.

Egli esaminando batteriologicamente sia la bile che un frammento di parete prima e dopo, a vario intervallo di tempo, della introduzione e permanenza dello speciale corpo estraneo, ha constatato che la bile prelevata dalla cistifellea del cane in condizioni normali, può considerarsi sterile; la parete invece degli stessi animali risulta infetta nel 25 % dei casi. Con la permanenza invece del corpo estraneo, si ottiene frequentemente un'infezione della bile, ma più ancora della parete cistica.

I microrganismi riscontrati dall'O. in ordine di frequenza sono il b. coli, lo stafilococco e lo streptococco, soli ed associati fra loro, che, tra le vie che percorrono per raggiungere la colecisti, pur non escludendo la via ematica, quella linfatica appare la più probabile e frequente.

Insulina e tumori da innesto.

Dottori CIOFFARI e PICCALUGA. — Gli OO. si sono proposti di studiare l'azione dell'insulina negli animali portatori di tumore.

Dalle numerose ricerche fatte sono condotti a concludere:

1) Che gli animali normali o con tumore presentano la stessa tolleranza all'insulina.

2) Che l'insulina è capace di inibire, almeno in un primo tempo, il decorso del processo neoplastico. Si tratta però di un semplice ritardo più o meno apprezzabile a secondo della tecnica usata mai di una regressione, nè di refrattarietà acquisita all'innesto.

3) L'insulina inattivata non è più capace di determinare tali modificazioni di decorso. Il fenomeno sembra, quindi, dovuto all'azione ormonica di detta sostanza.

Gli OO. però, in base a ricerche fatte, non credono che il fenomeno sia dipendente dal fattore ipoglicemico semplicemente per la carenza di idrati di carbonio, che si determina, ma derivi per via indiretta, attraverso all'azione stimolante che si provoca nell'organismo, come appare dalle modificazioni della formula leucocitaria e dell'indice refrattometrico.

Un caso di « pseudobotriomicosi umana » a sede rara.

Montemartini G. — L'O. descrive un caso di pseudobotriomicosi della lingua.

Dopo aver ricordata la discussione etiologica e patogenetica sopra tale entità morbosa egli conclude che, per ciò che riguarda il decorso clinico, si può asserire che detta affezione ha le caratteristiche di un tumore benigno, incapace di dare metastasi, non recidivante se la sua estirpazione è completa. Tali caratteristiche, ammesse anche da altri AA., collimano con quelle di fibromi teleangettasici, i quali, trovandosi sopra una mucosa, possono ulcerare sotto influenze varie, presentando fenomeni di infezione periferica.

Visto come la forma non sia di origine infiammatoria, egli esclude il granuloma e sostiene una neoformazione mesenchimale benigna; su cui il quadro infiammatorio, tanto frequente, viene portato da germi impiantati sulla superficie, in seguito ad alterazioni, nella sede particolare, sovratutto di ordine meccanico.

Ricerca rapida del bismuto nel sangue e nei liquidi dell'organismo.

D. Ganassini. — Poichè nel sangue la ricerca rapida del bismuto presenta delle gravi difficoltà, l'O. propone un nuovo metodo semplice di ricerca a scopo clinico, che serve per potere seguire il passaggio e l'eliminazione del metallo attraverso il sangue durante il corso di una cura bismutica.

Il metodo dell'O. si basa sopra una reazione di riduzione generale non caratteristica e consiste nel lasciar cadere, dalla puntura di un dito, 10 goccie di sangue in 5 cmc. di acqua distillata, nell'aggiungere un cmc. di acido cloridrico concentrato ed una piccola quantità di clorato di potassio in polvere (20 a 30 centgr.).

La miscela col riscaldamento dal bruno passa rapidamente al giallo chiaro, allora si raffredda e si aggiunge un piccolo eccesso di bisolfito di sodio in polvere (40 a 50 centgr.) al liquido freddo che deve far sentire manifesto l'odore della anidride solforosa e che è divenuto incoloro, si aggiunge un pizzico di polvere di zinco e si agita. Si forma in queste condizioni dell'acido idrosolforoso il quale se presenti composti di bismuto nel sangue anche in traccie, ne riduce il metallo e forma del solfuro, per cui il liquido si colora in bruno più o meno intenso; in assenza di bismuto invece la miscela rimane perfettamente incolora.

Dott. Francesco Ricci, *Segretario.*

Ospedale Maggiore di Bologna.

Conferenze cliniche ospedaliere.

2ª e 3ª Adunanza — 6-27 febbraio 1927.

Intorno a un caso di gangrena polmonare.

P. Dotti. — Presenta un malato che da 5 mesi aveva febbre, tosse ed espettorato fetido, emorragico. Segni clinici e radiologici di cavità unica, superficiale nel polmone destro. Operazione: guarigione locale pressochè completa dopo due mesi; stato generale molto migliorato. Restano, nel radiogramma, fatti cicatriziali. La cura neosalvarsanica, eseguita di poi, ravvivò i fenomeni polmonari.

Nell'espettorato e nel pus estratto direttamente dalla cavità: assenza del bac. di Koch; presenza di rare spirochete polimorfe. Dopo due mesi dalla cura chirurgica tale reperto resta invariato.

Altri due casi di ernia del mediastino in corso di pneumotorace artificiale.

A. Cividali. — L'O. mostra ed illustra radioscopicamente e radiograficamente due nuovi suoi casi di ernia del mediastino, e, richiamandosi ai numerosi recenti lavori stranieri su tale argomento, che per la prima volta egli ha studiato fino dal 1924, contesta alcune asserzioni in essi contenute, perchè desunte da uno solo o da pochi casi soltanto, e contrappone i dati ricavati dalla presa in esame di ben 80 casi (a tanti sono saliti i 6 del 1924!), quanti ne ha potuti mettere insieme attraverso una pazientissima disamina della bibliografia internazionale dell'ultimo triennio.

Rianimazione mediante puntura intracardiaca di adrenalina in una sincope da rachianestesia.

A. Pallotti. — L'argomento non si riassume perchè oggetto di imminente pubblicazione.

Sopra un caso di malaria perniciosa comatosa.

Dott. P. Dotti. — Ammalò 10 giorni prima a Taranto. Profilassi: 60 centigr. di chinina al giorno. Accessi febbrili dapprima terzanari, poi, iniziata la cura chininica, irregolari. Portato all'O. M. di Bologna febbricitante e comatoso. Esame del sangue: numerosissimi schizonti giovani di terzana maligna, endoglobulari; rare schizogonie. Cura chininica immediata intensa. Morte dopo poche ore. Istologicamente: capillari e piccoli vasi dei vari organi, specie dei centri nervosi, pieni, quasi otturati, di eritrociti contenenti il plasmodio in vari stadi di sviluppo, e di pigmento libero e intracellulare. Si rileva l'insufficienza della dose profilattica di chinina e la speciale malignità del plasmodio. Dimostrazione dei preparati istologici.

Il Segretario: A. Cividali.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'albuminuria degli adolescenti.

L'albuminuria degli adolescenti è una condizione che si riscontra nel 5% circa degli individui e che può persistere talora per molti anni e forse per tutta la vita. La sua presenza è perfettamente compatibile con un buono stato di salute e di efficienza fisica.

Nella maggior parte dei casi, l'urina, dopo il riposo, non contiene albumina. Non vi è nessun tipo speciale costituzionale che sia costantemente associato a tale albuminuria; nè la così detta disposizione nervosa, nè la lordosi, nè l'ossaluria e nemmeno vi è nell'anamnesi la scarlattina. Interessante è l'osservazione che nel gruppo di 20 individui esaminati da H. H. Bashford (*The Lancet*, 25 dic. 1926), fra i 14 figli di questi, ve ne sono stati due che hanno presentato la stessa condizione dei padri. Le cifre sono troppo piccole per delle deduzioni, ma si può logicamente supporre che la condizione sia in certo modo ereditaria.

fil.

Coliche renali da ossaluria.

E. Bernheim (*Deutsche med. Woch.*, 1924, p. 462) ricorda che, specie nei nevrastenici, l'ossaluria può simulare una sindrome di calcolosi renale. Riferisce tre di tali casi, nei quali i dolori furono così violenti da richiedere la morfina, e l'esame delle urine mostrava emazie, leucociti, fosfati, enorme quantità di cristalli di ossalato di calcio, con assenza o tracce minime di albumina. Cistoscopie o radiografie furono negative. Un adatto regime fece diminuire gli ossalati, e sparire le coliche, almeno durante il lungo periodo di susseguente osservazione, che fu sempre di oltre un anno.

DORIA.

Microlitiasi renale.

R. Lichtenstern (*Wien. Klin. Wochens.*, 30 settembre 1926) ha osservato sei pazienti con ematuria e dolore unilaterale alla regione renale; il dolore aumentava dopo aver camminato; l'esame radiologico non mostrò calcoli, ma in due pazienti si notarono sottili ombre indistinte nella regione renale.

L'intervento chirurgico dette la diagnosi: incrostazione dei reni. In un caso fu stimata necessaria la nefrectomia; negli altri le incrostazioni poterono essere rimosse.

Le sezioni microscopiche mostrarono minute concrezioni originantisi nel lume dei tubuli ed estendentisi nello spessore dei tessuti. L'A. suggerisce il termine di «microliti» per questi calcoli microscopici e di «microlitiasi» per l'affezione.

R. B.

Anuria in rapporto con la gravidanza.

J. C. Hirst (*Americ. Journ. Obstetrics e Ginecology*, nov. 1926) descrive tre tipi di anuria che complicano la gravidanza e il puerperio: 1) anuria dovuta a degenerazione del rene (così detta «anuria idiopatica»); 2) quella dovuta a calcolosi delle vie urinarie; 3) quella dovuta a edema o a compressione dell'uretere. Un esempio del primo tipo è quello di una donna che visse 9 giorni con anuria completa, dopo un parto prematuro con feto morto. Nulla di importante risultava dall'anamnesi remota e prossima della paziente; precedentemente aveva avuto un parto eutocico con feto vivo e sano. All'esame anatomo-patologico del rene furono riscontrate le lesioni di una nefrite degenerativa, con trombosi dei piccoli vasi. Le cause dell'anuria non ostruttiva in ordine di frequenza sono: *a*) una grave tossiemia gravidica tardiva con o senza una concomitante nefrite; *b*) un avvelenamento dovuto a sostanze chimiche: abitualmente il mercurio, a volte il fosforo; *c*) una nefrite degenerativa, la quale, pare, sia dovuta a un veleno metabolico in rapporto allo stato gravidico. Non è improbabile che sostanze tossiche provenienti dal feto morto possano ledere il rene; se così fosse la diagnosi precoce della morte intrauterina del feto avrebbe una notevole importanza.

Come esempio del secondo tipo di anuria l'A. riporta quello di una donna di a. 24, la quale presentò anuria completa per 4 giorni, dovuta a calcoli dell'uretere destro e della pelvi e a edema dell'uretere sinistro. La p. guarì in seguito all'intervento operativo. Il terzo tipo di anuria è rappresentato da 2 casi di eclampsia con recente idronefrosi in giovani primipare. L'esito fu letale e l'esame anatomo-patologico mostrò i segni di una congestione renale, nonchè dilatazione degli ureteri. Varie sono le cause dell'idronefrosi; fra queste specialmente vanno ricordate le seguenti: rene a ferro di cavallo ed ectopico, flogosi, restringimenti, calcoli, gravidanza, vasi renali anormali, nonchè i fibromi uterini e l'utero gravidico retroflesso e incarcerato.

N. MARZO.

Le pielonefriti gravidiche.

Ch. Thébault e H. Lacaille (rif. in *Revue médicale*, 27 genn. 1927) insistono sulla necessità di un esame sistematico delle urine, dal punto di vista batteriologico, in ogni donna incinta che presenti degli accessi febbrili senza causa nettamente definita. Dal punto di vista sintomatico, i disturbi vescicali sono talora assenti; altre volte invece predominano.

La prognosi sembra favorevole malgrado la lunga durata della malattia, che può protrarsi per parecchi mesi, e la ripetizione frequente di accessi febbrili, con temperature oltre 40°.

Il metodo di scelta, secondo gli AA. sarebbe l'autovaccino per iniezione sottocutanea od endovenosa od anche per via orale, purchè sia continuato a lungo. Talora è però necessario procedere a lavature della vescica e del bacinetto.

fil.

Il drenaggio come fattore di lesioni renali.

Guy Hunner (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1926) pone in evidenza l'importanza che stenosi, inginocchiamenti, stiramenti, anche di piccola entità, degli ureteri, hanno sullo sviluppo di infezioni renali. Queste alterazioni del calibro ureterale sono state fin'ora prese in considerazione solo quando erano assai cospicue, l'A. ritiene che neppure se minime debbono essere trascurate. Si riteneva che quando il catetere passa per l'uretere e il pielo-ureterogramma non dà deformazioni molto grandi del contorno ureterico l'urina potesse defluire regolarmente in vescica; l'A. pensa che anche ostacoli lievi costituiscono un fattore di ectasia pelvica, di idronefrosi che in circostanze favorevoli si può infettare. Su 25 casi di ematurie essenziali avrebbe potuto dimostrare in 18 che assicurando un buon drenaggio ureterale si può avere la guarigione, prova che era appunto la stenosi ureterica la causa prima della lesione. Analogamente nelle donne in cui si ha facilità all'aborto per insufficienza renale, in alcune nefriti, si ha molto spesso come fattore causale una variazione del lume ureterale. Come cura consiglia di lasciare il catetere a permanenza *in situ* per alcune ore in varie riprese. Lo studio è basato su 100 casi.

VITTORIO GHIRON.

Aneurisma delle arterie renali.

Callahan e Schultz (*Surg. Gyn. e Obst.*, dicembre 1926) riferiscono su 40 casi di aneurisma delle arterie renali, compreso quello degli AA. Possono essere classificati in aneurismi veri (22) e falsi o traumatici (18).

Il sintomo più costante è il dolore addominale. Generalmente si palpa anche una tumefazione nella loggia renale corrispondente. L'ematuria è presente solo nel 60 % dei casi. Talvolta gravissima rapidamente mortale, altre volte si ripete a lunghi intervalli.

Alcuni sono stati diagnosticati con l'aiuto dei radiogrammi (3). Si percepisce un'ombra ovalare o rotondeggiante con margini più densi e il centro più chiaro; 14 casi sono stati operati 12 con nefrectomia (2 morti), 2 con estirpazione della sacca aneurismatica; casi che si prestavano a questo intervento conservativo 2 morirono in seguito all'intervento. Nei casi a ematuria abbondante non trattati chirurgicamente la mortalità è del 100 %.

VITTORIO GHIRON.

TERAPIA.

La cura del cancro con il piombo.

La base della concezione di curare il cancro con sali di piombo (Pagniez, *Presse Médicale*, anno 1927, n. 12) sta nella teoria che fa delle cellule neoplasiche elementi analoghi a quelli del corion, con le stesse affinità tossicologiche, teoria basata su ricerche non solo di istologia, ma anche di chimica e chimico-fisica (in ambedue i casi scarsa funzione respiratoria, grande potere glicolitico, inversamente a quanto accade nelle cellule somatiche normali). Il piombo avrebbe un'azione tossica elettiva sulle cellule cancerigne. Si utilizzò per le ricerche una sospensione colloidale elettrica contenente 0.5% di piombo. Tale preparazione sarebbe convertita, una volta introdotta nel sangue, quasi totalmente in fosfato di piombo e la parte rimanente in carbonato. Essa si dimostra molto attiva nel ratto canceroso, distruggendo il tumore, che talora però recidiva. La distruzione sarebbe provocata dalla trombosi determinata dal piombo nei vasi del tumore. Nell'uomo, il piombo colloidale si inietta nelle vene; la posologia non è ancora nettamente stabilita, ma ultimamente si adottarono dosi di 20 cmc. della sospensione colloidale al 0.5 % in numero di due a distanza di 10 giorni una dall'altra, e altre due dosi alla stessa distanza, di 15 cmc. Dopo un mese di riposo, altre dosi più piccole, a intervalli varî, sino a raggiungere un totale complessivo di 120 cmc., cioè gr. 0.6 di piombo. Su 227 malati così trattati, 50 risentirono giovamento: in 10, la malattia si arrestò completamente, in 31 i pazienti furon considerati guariti e la cura sospesa; in 50, la morte giunse prima della fine della cura, in 106 dopo la fine della cura. Quasi tutti i pazienti erano contemporaneamente sot-

toposti a cura chirurgica o radioterapica. Cunningham di Liverpool, cui si deve la ricerca, cita anche i casi più interessanti, tra cui un cancro dell'utero e uno della mammella guariti completamente. Le biopsie eseguite in seguito non dimostrarono che tessuto connettivo.

Ma la terapia col piombo, oltre alla reazione dolorosa che provoca nella sede del tumore, dovuta a fenomeni di congestione e di edema per la trombosi di cui si è parlato, è pericolosa, data la tossicità del rimedio: frequenti sono i fenomeni di anemia grave, di albuminuria o di lesioni renali talora letali (due casi), di ittero, di disturbi del sistema nervoso. Bisogna quindi controllare continuamente durante il trattamento il sangue e l'urina dei pazienti, ridurre al minimo il lavoro del rene, ecc. Ulteriori studi sono necessari per trovare dosi di piombo capaci di azione curativa senza raggiungere quella tossica.

GARRONE.

Il trattamento dell'anemia perniciosa col radium.

Il corso dell'anemia perniciosa è stato diviso da Pappenheim in 5 periodi: inizio, remissione, 1a ripresa, 2a remissione, 2a ripresa.

Con la cura sintomatica è possibile mantenere i pazienti in vita per i primi 4 periodi; nel 5° muoiono.

L'irradiazione della milza col radium riuscirebbe a prolungare considerevolmente il periodo di remissione, anche nei casi in cui gli altri metodi curativi, compresa la trasfusione sanguigna, riescono inefficaci.

Il modo d'azione sarebbe quello di diminuire l'attività splenica, analogamente a quanto ottiene il chirurgo con la splenectomia. Si eliminerebbe così tale attività morbosa, da cui generano le tossine emolitiche.

F. Tomanek (*Brit. Journ. of Rad.*, vol. XXXI, n. 313, 1926) ha in tal modo trattato 20 soggetti affetti da anemia perniciosa, con resultati in qualche caso soddisfacenti.

La tecnica usata fu la seguente: divisione dell'area superficiale della milza in piccoli campi di cm. 5 × 5 = 2 Zn. alla distanza di 3 cm. dalla cute. 90:100 della cosidetta dose eritema: circa 80 millicuries all'inizio.

M. FABERI.

L'azione della sintalina nei diabetici.

La sintalina (H. Strauss. *Mediz. Klin.*, n. 4, 1927) è una guanidina più volte metilata. Esercita nell'organismo un'azione analoga all'insulina, di fronte alla quale presenta il notevole vantaggio di poter venire somministrata efficacemente per bocca. Inoltre l'azione esercitata dalla sintalina sul ricambio degli idrati di carbonio è più protratta di quella, rapidamente transitoria, dell'insulina. La sintalina fa diminuire rapidamente (« azione precoce ») e in modo protratto (« azione tardiva ») l'iperglicemia alimentare tanto nei non diabetici quanto nei diabetici. Essa rappresenta dunque un ottimo sostituto dell'insulina: però nei casi gravi di diabete e nel coma l'insulina è nettamente superiore alla sintalina e dovrebbe sola essere usata. L'uso generale della sintalina nei casi di diabete lieve o di media gravità incontra alcuni ostacoli: in un numero non indifferente di individui la sintalina determina disturbi dispeptici, e anche vertigine e diarrea, ciò che obbliga a sospendere il farmaco. Questi disturbi scompaiono dopo 1-2 giorni di sospensione. La possibilità di essi deve indurre ad iniziare la somministrazione di sintalina a piccole dosi, di 10 mg., arrivando, se la tolleranza è buona, solo alla 3a dose a 20 mg.; deve indurre inoltre a dare la sintalina a periodi separati da intervalli, e non ininterrottamente.

Particolarmente frequenti sono i disturbi dispeptici da sintalina nei tubercolosi, ciò che potrebbe far supporre che l'intolleranza per il farmaco sia in rapporto con alterazioni del sistema nevoso vegetativo. Infatti l'intolleranza è più frequente nelle donne; e in alcuni tubercolosi con dispepsia da sintalina la contemporanea somministrazione di carbonato di calcio riesce a far tollerare senza disturbi la sintalina.

POLLITZER.

La silice in terapia.

La silice è un elemento che fa parte del corpo umano, dove si trova in quantità variabili da 0,05 per 100 di ceneri (nei muscoli) fino a 19 e 42 per 100 (unghie, capelli). È dall'acido silicico che dipende l'elasticità dei tessuti. La quantità di acido silicico è massima in gioventù e decresce costantemente man mano che l'età avanza fino a diventare deficiente nella vecchiaia, mentre va aumentando la quantità di calcio. Ora, perchè i processi vitali dei tessuti possano svolgersi normalmente, vi deve essere uno stato di equilibrio fra i diversi elementi costitutivi; ciò è stato particolarmente dimostrato per la cute. Quando i rapporti fra acido silicico e calcio sono mutati a detrimento di quest'ultimo, non solo si abbassa l'elasticità dei tessuti, ma i processi fisiologici sono modificati.

Il trattamento con l'acido silicico sarà dunque specialmente indicato nella vecchiaia.

I migliori risultati si ottengono nel prurito senile così detto essenziale, in cui si fanno iniezioni endovenose di acido silicico. La migliore indicazione clinica è fornita dallo stato degli

strati superficiali della pelle, secchi e friabili; non solo scompare il prurito, ma la pelle ridiventa flessibile, liscia e meglio irrigata.

La medicazione è anche indicata in altre malattie cutanee dei vecchi: eczemi acuti, in parte umidi, lichenificazione della pelle, psoriasi, foruncolosi.

Luithlen (rif. da Tartarim-Malakowski: *L'Evolution thérapeutique*, agosto 1926) ha usato con successo la medicazione silicica nell'arteriosclerosi e nella stenocardia; viene anche riportata la guarigione di un caso di angiospasmo arterioscleroso (mano morta). Altri hanno usato con successo tale medicazione nella tubercolosi.

La somministrazione della silice può farsi per via orale per mezzo del così detto tè silicico preparato mediante l'infusione di equiseto (parti 75), galeopsis (p. 50) e poligonum (p. 150). Per ottenere dei risultati però è necessario che l'organismo sia capace di riassorbire l'acido silicico, facoltà che scompare con l'età.

Più efficaci sono invece le iniezioni endovenose della soluzione acquosa all'1 % di silicato di sodio puro: 1 cmc. ogni due giorni: 15-20 iniezioni. Il trattamento non presenta pericolo; l'iniezione nella vena deve essere perfetta, altrimenti si ha violento bruciore e dolori.

fil.

L'azione della lobelina.

F. R. Curtis e S. Wright (*The Lancet*, 18 dicembre 1926) hanno studiato l'azione della lobelina nei riguardi del cuore, della pressione sanguigna e della respirazione.

Le conclusioni alle quali sono giunti sono le seguenti:

La lobelina è un potente stimolante respiratorio, ma le sue dosi terapeutiche possono esercitare anche su altri sistemi un'azione sul tipo di quella della nicotina. Essa provoca infatti una depressione cardiaca, di durata più o meno lunga, la quale impone prudenza nel suo uso in pazienti con miocardio non integro.

La lobelina può vincere la depressione respiratoria prodotta da varie sostanze narcotiche, quali il cloralio, la morfina, l'etere, e trova inoltre indicazione nelle insufficienze respiratorie acute di qualsiasi causa.

Tra gli effetti secondari che possono apparire bisogna citare: il vomito non infrequente, la poliuria, dovuta forse a stimolazione dei gangli motori della parete vescicale e lo stimolo alla defecazione, allorquando le dosi impiegate sono piuttosto forti.

Se la pressione sanguigna è bassa, alla lobelina devono essere uniti degli stimolanti circolatori.

In mancanza di esperimenti precisi nell'uomo, gli AA., basandosi sulle ricerche in animali, credono che la dose efficace debba essere di circa 10 mgr. o più, per via endovenosa.

M. Faberi.

Il bismuto nella terapia della sifilide.

Il bismuto, sebbene sia un'acquisizione terapeutica recente, ha assunto una grande diffusione nella terapia antisifilitica, specialmente per la sua innocuità in rapporto con gli arsenobenzoli.

Non è però anora bene assodato a quale forma si debba dare la preferenza. I sali insolubili sono stati gradatamente abbandonati perchè si eliminano troppo rapidamente e sono troppo tossici. Le preparazioni colloidali hanno l'inconveniente di contenere una quantità troppo piccola di bismuto (cg. 5-8 per ogni fiala), sicchè la loro attività riesce insufficiente. Sembra che i sali insolubili abbiano i più grandi vantaggi, per l'attività massima, la tossicità assai debole, l'eliminazione lenta e la perfetta tolleranza. Più che il tartro-bismuto, che determina fenomeni dolorosi locali e può provocare stomatite, sarebbe da preferirsi l'ossido, al quale taluni rimproverano la troppo grande stabilità, per cui si decompone difficilmente nei tessuti. Una buona preparazione sarebbe quella di associare il bismuto con il chinino e lo jodio, la quale secondo P. Aubry, che ha da tempo adottato tale miscela (*Union médicale franco-ibéro-americaine*, nov.-dic. 1925), conterrebbe una quantità sufficiente di bismuto (24 %) ed avrebbe un'attività massima ed una buona tolleranza.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sull'etiologia del linfogranuloma maligno (Malattia di Hodgkin-Sternberg).

L'incertezza che regna sulla etiologia del linfogranuloma non è ancora dissipata. Alcuni ammettono una natura tubercolare, altri credono d'aver trovato dei batteri specifici (Bunting e Yates, Grumbach) ed altri si limitano ad escludere la natura tubercolare.

Già nel 1920 uno degli AA. aveva iniettato in una cavia del materiale proveniente da una donna affetta da linfogranulomatosi ed aveva ottenuto la formazione di un grosso nodulo endoperitoneale a contenuto caseoso e che istologicamente fece rilevare linfociti e cellule epiteliali, senza cellule di Langhans nè bacilli di Koch.

Dal 1922 al 1924 Vasiliu e Iriminoiu (*Société roumaine de Biologie*, 5 dicembre 1925) hanno

osservato altri 10 casi di linfogranuloma passati dall'istituto di anatomia patologica di Cliy e le inoculazioni intraperitoneali e sottocutanee fatte con emulsione di noduli in soluzione fisiologica hanno dato: in 3 casi risultato negativo, in 6 risultato positivo con formazione di noduli tubercolari, con presenza di bacilli di Koch. Di uno non tengono conto perchè si aggiungeva una mielosi.

Nel 1925 hanno fatto una nuova serie di esperienze su 4 casi impiegando il metodo di Fränkel con l'aggiunta all'emulsione di tessuto il 5 % di acido lattico e facendo un controllo culturale su patata e su terreno di Petrof.

Dei gruppi di cavie inoculati con il materiale di questi 4 casi di cui 2 con pezzi di autopsia e 2 con materiale di biopsia solo per 1 si ebbe risultato negativo, mentre gli altri 3 diedero risultato positivo con formazione di noduli tubercolari, con presenza di bacilli di Koch, con culture positive. I prodotti d'inoculazione riinoculati davano le produzioni tubercolari.

In complesso su 13 casi sperimentati avrebbero avuto 9 risultati positivi e 4 negativi. Questi ultimi non infirmano l'asserzione che la malattia dipenda dal bacillo della tubercolosi e la varietà di risultato è dovuta a differenze biologiche del bacillo.

Non credono con Sternberg e Fränkel ad una attenuazione del bacillo della tubercolosi nella linfogranulomatosi, ma a modificazioni biologiche subite dal bacillo.

R. BRANCATI.

La patogenesi della trombopenia cronica essenziale.

Tre teorie sono state emesse per spiegare la patogenesi di questa malattia, descritta in modo completo da Frank nel 1915.

La prima la considera come un disturbo nella formazione delle piastrine per influsso di una tossina sconosciuta sui megacariociti.

La seconda invoca invece un processo distruttivo di origine splenica.

La terza, infine, pone un nesso causale tra la cosidetta attività emocratica del fegato e l'origine della porpora (trombopenia).

Quest'ultima teoria appare poco verosimile, mentre le altre due sono sostenute da vari fatti.

V. Jedlicka e G. Altschuller (*Acta Med. Scand.*, vol. LXIV, fasc. II-III, 1926) riportano due casi occorsi alla loro osservazione, e giungono alle seguenti conclusioni:

Nella patogenesi di questa diatesi emorragica si ritrovano due fattori: Il primo, più importante, è costituito da un disturbo dei capillari, che evidentemente è in stretta relazione coll'intero apparato reticolo-endoteliale. Il secondo, che per lo più aggrava i sintomi della malattia, ma che non è per se stesso sufficiente a spiegare tutta la sindrome, è la trombopenia.

I resultati della splenectomia sembra debbano riportarsi pure a due fatti, uno cioè rappresentato da una influenza regolatrice sui disturbi dei capillari, e l'altro rappresentato da uno stimolo midollare, la di cui vera essenza è sconosciuta.

Coll'occasione gli AA. descrivono anche un loro metodo di conta delle piastrine.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla febbre miliarica. — Al dott. L. G., abb. n. 1269-1:

Esiste una malattia denominata febbre miliarica, caratterizzata da febbre, forti sudori, senso di oppressione, dispnea, eruzione papulo vescicolare della pelle. La sua autonomia è affermata in Francia, in Inghilterra, in Germania, in Italia per il criterio epidemico. Quando già possedevamo criteri esatti di differenziazione col morbillo, con la scarlattina, furono ancora descritte epidemie e febbre miliarica specialmente in Francia.

La autonomia della malattia non può quindi essere intaccata dal fatto che esantemi a tipo di sudamina miliarica si possano verificare come espressione sintomatica di mal. infettive (morbillo, specialmente scarlattina, tifo ricorrente, malaria ecc.): l'epidemicità e le caratteristiche di decorso e del quadro morboso sono in favore del concetto che la febbre miliarica è malattia a sè, epidemica, esantematica, a germi sconosciuti:

Può riscontrare per precisi dettagli:

EBSTEIN: *Virchows' Arch.*, Bd. 158.

WEICHSELBAUM: *Zeitsch. f. Kl. Med.*, Bd. 62.

BROUARDEL e GILBERT: *Traité de Méd.*, 1905.

CHANTEMESSE, MARCHOUX e HAURY: *Revue de Médicine*, 1906.

RENAULT: *Traité nouveau de Nev.* de ROGER e WIDAL, 1922.

PONTANO.

La reazione di Beccadelli. — All'abb. n. 6397, da Turro Milanese:

Trattasi dell'applicazione della « Reazione di Tollens » per le aldeidi alla diagnosi dei sieri sifilitici. È fondata sull'azione riducente delle aldeidi sul nitrato d'argento ammoniacale. Il siero di individuo sano presenta un colorito giallo-ambra, mentre quello di sifilitico presenta uno scoloramento caratteristico.

Gli esperimenti fatti dall'A. hanno dato risultati conformi alla Wassermann, alla Sachs-Georgi ed alla Meinicke.

Per maggiori particolari riguardo alla tecnica, che è assai semplice, si rivolga all'A., che è assistente all'Istituto di Medicina legale della R. Università di Palermo.

fil.

Intossicazioni da benzolo. — All'abb. n. 1759:

Consulti le pubblicazioni seguenti: A. Filippini: *Le intossicazioni industriali da B.* « Policlinico », Sez. prat., 1922, p. 988. — G. Meda: *Il benzolismo professionale.* « Il Lavoro », 1922, n. 9-12. — C. Zenoni: *Avvelenamento da B. nell'industria della gomma.* « Pensiero medico », 12 agosto 1922. — A. Hamilton: *The growing menace of benzene poisoning in american industry.* « Journ. Amer. Med. Assoc. », 4 marzo 1922. — R. Cremieu: *La forme anémique grave de l'intoxication benzinique.* « Journ. de méd. de Lyon », 20 aprile 1924.

fil.

Al dott. C. Filippi, da Condino:

Le *dosi dell'olio di chenopodio* per i bambini sono in media di una-due gocce per anno di età (negli adulti, due volte 10-15 gocce). Dopo due ore si fa prendere un purgante (solfato di magnesio o, meglio, olio di ricino). Il rimedio può essere dato in un poco di latte caldo. Trattasi però di un rimedio poco consigliabile, perchè ha dato luogo ad inconvenienti gravi, fra cui la sordità permanente ed in parecchi casi anche la morte, specialmente nei bambini.

La *cura inalatoria di sali di calcio* può essere fatta mediante le polveri (metodo Angiulli) o le soluzioni. Con il primo sistema, si usano speciali apparecchi che riducono i sali di calcio in polvere finissima e così li proiettano e li diffondono nella camera d'inalazione. Si usa il carbonato o l'ossido di calcio, in quantità variabili, maggiori per il primo. La stanza deve essere bene asciutta; la nebbia proiettata sarà nei primi giorni assai leggera, in seguito andrà fino a velare quasi del tutto una lampadina da 10 candele. Si fanno di solito 100-130 inalazioni.

fil.

All'abb. n. 11574:

Le condizioni del rene (nefrosi infettive, comuni a quasi tutte le malattie di infezione) non sono controindicazioni all'uso di preparati di zolfo colloidale.

Per le radicoliti e per le sindromi radicolari in genere può leggere l'ottimo trattato di semeiotica del Dejerine, nel quale l'argomento è trattato magistralmente.

P.

VARIA.

Alcuni effetti del fumo del tabacco.

La combustione del tabacco, come quella di piante secche e di carta, produce gaz ammoniacali, piridina e derivati piridinici (picolina, lutidina, collidina).

Tutti questi prodotti irritano le mucose e non dànno piacere. La loro tossicità è minore di quella della nicotina. Un altro prodotto della combustione è l'ossido di carbonio. Il fumo di tabacco diluito con l'aria, allorquando giunge alla bocca del fumatore, può contenere circa 25 parti di CO in 10,000 parti di aria, ma l'affinità di questo per il sangue è quasi 200 volte maggiore di quella dell'ossigeno. Nel sangue dei fumatori di sigarette la sua quantità non sorpassa il 10:100. Tale quantità varia però dall'1:100 per una sigaretta, fumata rapidamente, al 6:100 per un sigaro fumato abbastanza con lentezza.

L'ambliopia dei fumatori sarebbe dovuta a questo veleno; ma è specialmente in rapporto ad una combustione non completa del tabacco secco. Il pericolo maggiore di assorbimento è per coloro che aspirano il fumo.

Il costituente più importante del fumo del tabacco è però il suo alcaloide volatile, cioè la nicotina. La volatizzazione di questa è in rapporto alla superficie bruciante e allo stato di secchezza delle foglie.

Subito al didietro dell'estremità accesa del sigaro esiste infatti una zona umida, in seno alla quale i gaz infuocati volatilizzano la nicotina nel loro passaggio. Quanto più ampia e calda sarà questa zona, tanto maggiore quantità di nicotina passerà nel fumo. Il tabacco umido contiene poi più nicotina di quello secco. Tra l'ossido di carbonio e la nicotina, questa è la più velenosa. La sua azione fondamentale consiste nella stimolazione delle cellule del sistema nervoso centrale e di quello autonomo, cui segue un periodo di depressione. A causa del suo rapido assorbimento, il fumatore prova quindi un certo benessere, seguìto da uno stato depressivo più o meno accentuato, a seconda della quantità assorbita.

L'azione stimolante più facilmente dimostrabile è quella sulle cellule gangliari autonome, per cui la pressione sanguigna aumenta. Tale aumento, nel fumatore novellino, può giungere a 20-25 mm. Hg. Nel fumatore inveterato, invece, ciò non si produce per l'assuefazione fatta al veleno.

Nel 10-23:100 dei casi sembra che il fumo diminuisca l'efficienza mentale, specialmente nei riguardi della percezione e dell'associazione. Secondo taluni, invece, in parecchi casi l'energia

corporea e l'acutezza cerebrale potrebbero venire favorevolmente influenzate.

Il piacere del fumatore è fatto da un complesso di sensazioni, che variano da un individuo all'altro.

Secondo W. E. Dixon (ibid.) il fumatore acquisterebbe una tendenza progressiva a trovare soddisfazione in un'azione « ritmica », comparabile a quella della danza, del canto, e dell'americanissimo: « chewing-gum ».

I danni sociali e individuali ai quali il fumo può condurre non sono affatto paragonabili a quelli generati dall'uso della morfina e della cocaina. La mentalità del fumatore non sarà mai come quella del morfinomane e del cocainomane, diguisachè la eventuale disassuefazione dal tabacco potrà compiersi con maggiore facilità.

Bisogna infine riconoscere che il fumare rientra nelle necessità della vita moderna, per il passeggero sollievo che può apportare all'individuo affaticato.

Le affezioni organiche imputabili al fumo del tabacco sono svariate (R. Armstrong-Jones, ibid.), e vanno dalla faringite alla bronchite, ai tremori muscolari, all'insonnia, ai dolori cardiaci a tipo anginoide, all'ambliopia, che può procedere fino all'atrofia ottica. Nei giovani che iniziano la pratica del fumare precocemente, si vedono talora delle forme di anemia associate a disturbi gastrici, che scompaiono col cessare della pratica dannosa. Comunque, tale pratica è deprecabilissima nelle prime età, in cui ritarda il normale accrescimento, rendendo più torpide le facoltà mentali, mentre diminuisce la resistenza alle fatiche muscolari. Sembra accertato che il vizio del fumo spinga la gioventù anche verso quello del bere alcool.

Importanti sono gli effetti prodotti sul sistema digestivo (H. Rolleston, ibid.). Per quel che riguarda la bocca si sa come l'azione meccanica e chimica insieme congiunte possano favorire nel fumatore la comparsa del cancro delle labbra e della lingua. Anche la leucoplachia linguale trova un elemento etiologico importante nel fumo, sebbene in una gran percentuale di casi vi si congiunga un fattore luetico.

Il fumare eccessivo predispone poi alle gengiviti e al deposito di tartaro dentario, con conseguente possibilità di sepsi boccale.

La nicotina inibisce inoltre i movimenti dello stomaco, tanto da far spiegare come il fumo possa in taluni ingannare il senso della fame. In altri invece, strenui fumatori, si può giungere alla vera e propria dilatazione gastrica. Al tabacco si incolpa anche un ostacolo alla secrezione della pepsina, come pure l'ipercloridria secondaria ad uno spasmo pilorico; in qualche caso si giungerebbe addirittura all'ulcera gastro-duodenale. Una dispepsia da tabacco genuina è piuttosto rara.

Riguardo all'intestino si osserva che il tabacco talora agisce da lassativo blando, talora genera stipsi ostinata per spasmo dei vari segmenti del colon.

Il fumare eccessivo può provocare, analogamente al caffè e all'alcool, il prurito anale.

Negli adulti il fumare moderato non è, in sostanza, eccessivamente dannoso, e talora può esercitare addirittura un'azione calmante sopra un sistema nervoso troppo irritato.

È però necessario che il tabacco fumato sia di ottima qualità e di sapore piacevole.

(*The Practitioner*, n. 703, gennaio 1927).

M. FABERI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CANTIERI COLLATINO. *La cura emetinica dell'ascesso epatico amebico.* — Milano, F. Vallardi, 1926.

CALLIGARIS G. *Ricerche sulle linee iperestetiche del corpo.* — Zurich, Osell Füssli, 1926.

ID. *Le linee iperestetiche del corpo sensibilizzate dall'encefalite epidemica.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1926.

CERRUTI e REITANI. *Ricerca dello spirocheta ittero-emorragico nei ratti di Torino.* — Torino, Tip. « Minerva », 1926.

DE FAVENTO PIERO. *La profilassi della sifilide con speciale riguardo all'azione dello stovarsolo.* — Milano, Coop. Grafica degli Operai, 1926.

DELLA SETA GIORGIO. *Il metodo Kobelt nella cura dei restringimenti uretrali e delle uretriti croniche.* — Napoli, G. Barca, 1926.

DE VECCHI PAOLO. *The Campaign Against Tuberculosis in Italy.* — New York, Journal of the Outdoor Life, 1926.

DI TOMMASI EMILIO. *I bagni carbo-gassosi nella stazione termale di Agnano.* — Milano, Soc. Ed. « Unitas », 1926.

FABRIS UGO. *Ricerche sperimentali e cliniche sulla etiopatogenesi comparativa della miodegenerazione cerea.* — Napoli, G. Borrelli, 1926.

ID. *Mestruazione vicariante rettale. Ematometra secondaria per imene impervio. Difterite latente della portio vaginalis.* — Napoli, G. Borrelli, 1926.

FACCIOLA LUIGI. *Due voci errate e due improprie oggi in uso in medicina o in morfologia.* — Cusano Milanino, A. Colombo & Figli, 1926.

FAZZARI IGNAZIO. *Il comportamento della simpexi dei globuli rossi nell'uomo sano e negli ammalati di tubercolosi polmonare.* — Palermo, Francesco Sanzo, 1926.

FRANCIONI GINO. *Sopra i reperti anatomopatologici del Parkinsonismo da encefalite epidemica.* Napoli, Tip. dello « Studium », 1926.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Alla Società delle Nazioni.

Bollettino sull'epidemia dell'influenza. — Per rispondere alle domande che gli sono state rivolte da parecchie Amministrazioni sanitarie d'Europa e d'Oltremare (Australia, Stati Uniti d'America, ecc.) il servizio d'informazioni epidemiologiche dell'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni ha intrapreso la pubblicazione di un Bollettino contenente informazioni sul carattere e la estensione dell'attuale epidemia d'influenza nei vari paesi.

A questo scopo le Amministrazioni sanitarie sono state invitate telegraficamente a far pervenire al Servizio della Società delle Nazioni tutte le informazioni necessarie alla preparazione del Bollettino.

Oltre a questo Bollettino stampato, la Sezione d'Igiene prepara, ogni qualvolta le informazioni ricevute lo permettono, un comunicato radio-telegrafico che il *Transocean Service* ha accettato di trasmettere dalla stazione di Nauen. Questa trasmissione ha luogo in inglese (alle 12 e 20'' e alle 23 - Europa Centrale). Il primo Bollettino è stato emesso il 15 gennaio.

I seguenti paesi hanno fornito informazioni all'Organizzazione di Igiene della Società delle Nazioni: Germania, Austria, Belgio, Bulgaria, Danimarca, Scozia, Egitto, Spagna, Estonia, Stati Uniti, Finlandia, Francia, Gran Bretagna, Ungheria, Irlanda, Italia, India Inglese, Lettonia, Lituania, Norvegia, Svezia, Svizzera, Cecoslovacchia, Unione delle Repubbliche Sovietiche Socialiste.

Corso internazionale di perfezionamento in materia d'Igiene. — Il primo corso internazionale di perfezionamento in materia d'Igiene pubblica istituito dall'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni su richiesta di parecchie Amministrazioni d'Igiene pubblica è cominciato a Parigi il 17 gennaio.

Questo nuovo tipo di scambio di personale sanitario si divide in due periodi di sei settimane ciascuno. Il primo periodo è dedicato a un corso teorico e alla visita d'istituzioni d'ordine sanitario di Parigi e dintorni. Questo corso ha per scopo di passare in rassegna i progressi più recenti compiuti nei diversi rami delle scienze che si riferiscono all'Igiene pubblica e particolarmente alla fisiologia, alla chimica organica, alla biometria, all'immunizzazione contro la malattia.

Esso comporta ugualmente la serie di conferenze su talune attività dell'Amministrazione d'Igiene pubblica che sono, presentemente, le più importanti, come per esempio l'Igiene scolastica, l'organizzazione dei servizi delle infermiere visitatrici, la gestione degli ospedali e dei dispensari, la assicurazione sociale.

Durante il secondo periodo, ciascuno dei partecipanti procede a uno studio pratico, nel paese che egli stesso sceglie, delle Istituzioni d'Igiene la cui conoscenza gli è più utile nell'esercizio della sua professione.

Coloro che partecipano a questo scambio — che sono funzionari specializzati nell'uno o nell'altro ramo di un servizio d'Igiene — appartengono ai paesi seguenti: Bulgaria, Cecoslovacchia, Estonia, Grecia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paraguay, Polonia, Rumania, Regno dei Serbi Croati e Sloveni, Ungheria, U. R. S. S.

Riunione di esperti igienisti in materia della protezione dell'infanzia. — Gli esperti igienisti in materia di protezione d'infanzia, convocati dall'Organizzazione di Igiene, si sono riuniti a Parigi dal 17 al 20 gennaio per la seconda sessione. Erano presenti i seguenti esperti: Sig. Janet Campbell (Gran Bretagna), Dr. Taliaferro Clark (Stati Uniti d'America), Proff. A. Collett (Norvegia), R. Debré (Francia), E. Gorter (Paesi Bassi), E. Nobel (Austria), E. Rott (Germania). Essi hanno esaminato i risultati delle inchieste preliminari intraprese da ciascuno di essi nel proprio paese, ed hanno definito in maniera precisa l'oggetto ed i metodi dell'inchiesta generale. Hanno inoltre deciso di iniziare l'inchiesta sulle cause di morte dei fanciulli specialmente insistendo sulle cause d'ordine medico, sociale e di Igiene pubblica, in due distretti urbani ed agricoli, dell'Austria, della Germania, della Francia, della Gran Bretagna, della Norvegia e dei Paesi Bassi. L'inchiesta dovrà riguardare in ciascun caso un periodo di dodici mesi a cominciare dal principio del 1927. Le decisioni della riunione degli esperti, saranno sottoposte per l'approvazione al Comitato di Igiene, durante la prossima sessione del mese di febbraio.

Commissione consultiva dell'oppio. — La Commissione dell'Oppio s'è riunita a Ginevra il 17 gennaio per tenervi la sua nona sessione. All'ordine del giorno di questa sessione figura oltre l'esame dei rapporti annuali dei Governi sulle misure prese da essi contro l'abuso degli stupefacenti come sui risultati pratici di queste misure, l'esame della situazione per ciò che concerne la ratifica dell'Accordo e della Convenzione elaborati a Ginevra nel 1925. La questione del traffico illecito e la situazione nei porti franchi e nelle zone franche son pure iscritte nel programma di questa sessione.

La Commissione ha eletto come Presidente John Campbell (India) e rieletto come Vice-Presidente per il 1927, il dott. Carrier (Svizzera).

L'Italia è rappresentata dal sig. Stefano Cavazzoni.

Cronaca del movimento professionale.

L'Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti.

Con determinazione del Ministero delle Corporazioni in data 25 febbraio 1927 (Anno V) è stata concessa l'autorizzazione alla costituzione dell'Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti, quale organismo associativo per sè stante ma dipendente dall'Associazione Generale Fascista del Pubblico Impiego.

L'inquadramento sindacale dei medici.

Il Ministero delle Corporazioni in ottemperanza delle prescrizioni di legge ha disposto l'esclusione dei medici condotti dai Sindacati Sanitari.

La legge infatti non consente l'iscrizione dei dipendenti degli Enti pubblici nelle organizzazioni Sindacali riconosciute.

Il dott. Arnaldo Fioretti, Segretario Generale del Sindacato Nazionale Medici Fascisti, ha prospettato gli inconvenienti cui si andrebbe incontro qualora la legge dovesse avere l'applicazione rigorosa determinata dal Ministero delle Corporazioni. In effetti, oltre i medici condotti, dovrebbero essere esclusi dalle organizzazioni riconosciute i medici professori d'Università, i medici ospedalieri, manicomiali, ecc., ossia una parte cospicua della classe medica.

Sindacato Sanitario Fascista di Roma e Provincia.

Per incarico del segretario provinciale del Sindacato Medico Fascista una commissione da lui nominata venne nei giorni scorsi ricevuta molto cordialmente dalla Direzione della Società Telefonica Tirrena per discutere in merito all'aumento della quota di abbonamento per la classe sanitaria.

Dopo ampia e serena discussione si decise che la Società Telefonica Tirrena cercherà di trattare i medici con molta benevolenza, nel senso che l'aumento della tariffa verrà applicato soltanto a quei sanitarî che hanno un vero studio professionale annesso all'abitazione; e che, in qualche caso di dissenso fra medico e società, verranno da questa chieste informazioni al Sindacato Medico Fascista.

I medici condotti, per quanto riguarda la loro posizione speciale, potranno chiedere informazioni al Sindacato stesso.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANAGNI (*Frosinone*). *Congreg. di Carità.* — Direttore chirurgo operatore nell'Ospedale Civile Consorziale; a tutto 10 apr.; vedi fasc. 12.

BELMONTE MEZZAGNO (*Palermo*). — Al 10 apr.; L. 11,000 e 5 quinquenni dec.; L. 1000 per uff. san.

BUONABITACOLO (*Salerno*). — A tutto 20 aprile; unica condotta; L. 7000 per il 20 % popolaz. e quota capitaria L. 5; per uff. san. L. 500; tassa conc. L. 50.10. Rivolgersi Segreteria.

CAMERINO. *L. Università.* — Professore non stabile di anatomia umana normale. Scad. 30 apr. (D. M. 31 dic. 1926 pubblicato sulla *G. U.* 29 genn. 1927).

CASTIGLIONE IN TEVERINA (*Roma*). — Scad. 9 apr.; due cond.; L. 10,000 e c.-v.; L. 400 per l'uff. san. Tassa L. 50.05.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Per Fraccano, a tutto 30 apr.; tassa L. 50; docum. a 3 mesi dal 23 mar.; stip. L. 8000 e 5 sessenni dec., ind. c.-v. in L. 1620 e ind. serv. att. in L. 600; L. 500-2000-4000 trasp.; assunz. serv. entro 20 gg.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitarî per 3 Comuni e 2 Consorzi; scad. 30 apr.; v. fasc. 11.

FELTRE (*Belluno*). *Ospedale Civile.* — Al 15 mag., ore 18; medico primario; L. 8000, c.-v., percentuale sugli emolumenti per le cure dei dozzinanti e sugli esami e ricerche nei Gabinetti. Età lim. 35 (40) a. Sei anni di esercizio in Ospedale o Clinica medica universitaria. Circa 150 letti. Per l'annunzio e per informazioni rivolgersi Segreteria.

FOGGIA. *R. Prefettura.* — Med. cond. presso la Colonia dei Coatti di Tremiti; L. 7500, oltre L. 900 disag. resid., L. 600 arm. farm., L. 1000 uff. san. (le ultime due indennità possono essere tolte); alloggio mobiliato, illum., riscald., acqua; c.-v. Scad. 30 apr. Età mass. 45 a. Docum. a tre mesi dal 16 marzo. Chiedere annunzio.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e direttore dell'Ufficio Municip. d'Ig. del Comune di Genova unificata; scad. 25 apr.; vedi fasc. 11.

MESSINA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Milazzo; titoli ed esami; L. 6500; è consentito il libero eserc. profess.; ab. 20.573. Certific. buona condotta morale e politica. Docum. a 3 mesi. Serv. entro 20 gg. — Uff. san. di Mistretta; L. 5000; analoghe condiz. Scad. dei due concorsi 30 apr.

MORFASSO (*Piacenza*). — Al 15 apr., ore 18; ab. 5175; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10; docum. a 3 mesi dal 12 mar.; stip. L. 11,000 e 5 quadrienni dec.; L. 2100 quota integraz.; L. 2.50 ogni pov. oltre i 1000; L. 3000 trasp.; L. 1200 assegno sopprimibile; L. 650 uff. san.; L. 400 se ambulat.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — Ufficiali sanitarî per due Comuni e un Consorzio; vedi fasc. 11. Scad. 25 aprile.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 8 tenenti med. in serv. perm. nel Corpo San. Milit. Maritt. Scad. 5 maggio. Vedi fascicoli 9 e 13.

TERRANOVA DI SICILIA (*Caltanissetta*). — Scad. 2 mesi dal 21 feb.; L. 8000, oltre c.-v.

TRAPANI. — Scad. 15 apr.; per Locogrande; L. 8500 e sei scatti quadriennali e quinquennali di L. 750; cav. L. 2500; arm. farm. L. 200; età lim. a. 30.

TRIESTE. *R. Prefettura*. — Uff. san. del Comune di Trieste; ab. 250,000; L. 25,000, oltre c.-v. in L. 1980 pei celibi, L. 2710 per gli ammogliati, L. 310.25 per ciascun figlio; 12 % percezioni complessive; eventuale indenn. di carica in L. 3000 minime; età lim. 45 a. Divieto di libero esercizio e d'incarichi. Rivolgersi Ufficio del Med. prov. Non oltre le ore 12 del 26 apr. Docum. a 3 mesi dall'11 marzo. Titoli. Speciale consideraz. a nozioni su puericolt. e igiene infant. e servizio igienico in Amministraz. statali o Com. Serv. entro 20 gg.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 10 apr.; per Pierantonio; L. 8000 e 6 quinq. dec., oltre L. 600 serv. attivo e doppio c.-v.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio di amministrazione dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro ha nominato direttore generale dell'Istituto stesso il dott. prof. gr. uff. Gaetano Fichera della R. Università di Pavia, e condirettori dirigenti di sezioni dell'Istituto stesso il prof. Alberto Pepere e il cav. dott. Pietro Rondoni della R. Università di Milano.

Ai nostri illustri amici e collaboratori esprimiamo il nostro compiacimento per queste nomine.

La Facoltà Medica della R. Università di Milano ha, con votazione unanime, chiamato il prof. Emilio Alfieri, che tanto si è fatto apprezzare nella direzione della Clinica dell'Ateneo Pavese, a prendere il posto lasciato dall'illustre prof. sen. Luigi Mangiagalli nella direzione di quella Clinica ostetrico-ginecologica.

Congratulazioni sentite.

La Facoltà Medica della R. Università di Modena ha incaricato con votazione unanime il prof. Luigi Torraca dell'insegnamento della patologia chirurgica.

La Facoltà Medica della R. Università di Napoli ha proposto il prof. Nicola Castellino, figlio dell'illustre clinico, per l'insegnamento della patologia del lavoro.

Rallegramenti vivissimi all'ottimo amico.

Il premio della Fondazione Ettore Marchiafava, dell'importo di L. 8000, per i migliori lavori di anatomia patologica e di patologia sperimentale pubblicati durante l'ultimo quinquennio, è stato assegnato in parti uguali al prof. Ugo Soli, già allievo del prof. Antonio Dionisi e attualmente titolare della cattedra di anatomia patologica presso la R. Università di Palermo, per i suoi lavori sull'arteriosclerosi sperimentale da « Spiroptera sanguinolenta », ed al prof. Raffaele Brancati, aiuto nella Clinica chirurgica della R. Università di Roma diretta dal prof. Roberto Alessandri, per le sue ricerche sul cancro sperimentale interno da catrame. Ai due insigni studiosi i nostri rallegramenti per l'alta distinzione.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

L'Ora Policlinica.

Una interessante innovazione nella assistenza ambulatoria.

La Poliambulanza Medico-chirurgica della città di Padova sotto la presidenza del prof. Oddo Casagrandi, preside della Facoltà di medicina, ha organizzato su proposta del prof. Gaetano Boschi, una istituzione alla quale ha conferito la denominazione di « Ora Policlincia ».

Vi sono casi clinici i quali sembrano essere di pertinenza di una data specialità, nascondendo la loro natura complessa che richiederebbe invece l'intervento di specialità diverse.

Per esempio una tipica nevralgia del trigemino, ramo superiore, senza alcun disturbo oculare saliente, non indica di per sè al nevrologo il consulto dell'oculista. Ebbene, l'oculista presente all'esame del nevrologo, riuscirebbe invece a scorgervi l'eventuale glaucoma che fosse a base di quella pseudo nevralgia o nevralgia sintomatica. Molti altri esempi si potrebbero addurre. Ogni specialista ha la sua *mens*: così di fronte ad una tendenza ostinata al vomito l'internista potrebbe orientare la propria indagine all'ambito gastrico con tanta predilezione da lasciarsi sfuggire in singoli casi eventuali, i piccoli segni che il nevrologo potrebbe avvistare, fini indizi di una lesione invece intracranica.

Vi sono casi di pertinenza ambigua tra le varie specialità. Lo smistamento verso l'una o l'altra specialità da parte del medico curante, può essere cosa ardua e rischiare di compromettere l'andamento della malattia per un indirizzamento sbagliato, ovvero espone il malato ad una dannosa perdita di tempo e ad un pellegrinaggio disagevole dall'uno all'altro specialista, successivamente.

È evidente il grande vantaggio per il medico curante stesso di poter inviare o accompagnare personalmente il suo ammalato a consulto presso una accolta contemporanea degli specialisti di tutte le varie branche.

Le analisi ad oltranza portate dalle specialità alla scienza medica, doveva presupporre una ricostruzione sintetica; rispettivamente la fusione sintetica contemporanea dell'opera dei singoli rappresentanti delle specialità diverse autorizza e legittima la più fine e profonda suddivisione specialistica del lavoro.

Fondandosi su tali principî modernissimi, la Poliambulanza della città di Padova ha escogitata ed attuata questa innovazione. Pertanto i dirigenti delle 14 specialità esercite dall'Istituto si raccolgono insieme settimanalmente per l'« Ora Policlinica », retta secondo speciali disposizioni regolamentari. Le specialità rappresentate sono le seguenti: Medicina interna; Malattie dei polmoni; Chirurgia generale; Malattie dei bambini; Malattie della bocca e denti; Malattie nervose ed elettroterapia; Malattie degli occhi; Malattie orecchi, naso, gola; Ortopedia (Ossa, articolazioni); Ostetricia e Malattie della donna; Raggi X; Ricerche di laboratorio; Malattie veneree e della pelle; Malattie delle vie urinarie. N. I.

La prolusione del prof. L. Ferrannini.

Il prof. Luigi Ferrannini, chiamato a coprire la cattedra di Clinica Medica della R. Università di Cagliari, ha iniziato le lezioni il 7 febbraio u. s., leggendo la sua prolusione « Introduzione al corso di Clinica Medica ».

Egli, dopo aver espresso i suoi ringraziamenti al magnifico rettore e al preside della Facoltà, si dichiarò ben felice di essere entrato a far parte del glorioso Ateneo che, a guisa di sentinella avanzata della Scienza, rappresenta l'ingresso nell'agone dell'insegnamento ufficiale, da dove poi si spicca il volo per mète più alte. Lieto di non dover commemorare predecessori, perchè i proff. Boeri e Galdi sono passati in sedi più ambite, volle ricordare le figure di Antonio Cardarelli e di Gaetano Rummo, dal quale ultimo egli era stato iniziato alla carriera scientifica, ma che poi, mancatogli nel momento in cui sperava raccogliere i frutti, venivano a lui aperte le porte da Pietro Castellino, uomo dal cuore d'oro, di generosità senza limite, di dedizione completa alla Scuola.

Nella sua dotta lezione il prof. Ferrannini volle ancora ricordare l'importanza della clinica e come essa sia la più vasta, la più grande, la più ardua delle discipline mediche, quella cioè che in fondo costituisce l'oggetto principale e la mèta degli studi di medicina.

Per assolvere l'altissimo còmpito la Clinica utilizza le risorse di tutte le scienze: da quelle naturali prende i principî fondamentali della sua essenza dell'indirizzo e del metodo di osservazione, da quelle fisico-chimiche attinge quasi tutti i mezzi di esami e di cura, da quelle biologiche assume la interpretazione e la valutazione di tutti i fenomeni vitali, da tutte le altre discipline mediche, che da essa man mano sono derivate toglie le conclusioni che essa sola può riunire e coordinare in un'ampia visione d'assieme.

L'O. pose fine alle sue parole augurandosi che la sua nuova scolaresca gli sia compagna preziosa di lavoro nel vertiginoso e grandioso movimento rinnovatore della medicina interna.

A. P.

NOTIZIE DIVERSE.

Ospiti illustri.

Il dott. Gregorio Aráoz Alfaro, presidente del « Departamento Nacional de Hygiene » della Repubblica Argentina, professore di Clinica pediatrica all'Università di Buenos Aires, membro del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, ha trascorso alcuni giorni in Italia.

L'illustre ospite, accolto con grande deferenza e cordialità nella capitale, vi ha visitato istituti scientifici, opere assistenziali ed uffici preposti alla tutela della salute pubblica; ha espresso più volte i suoi sentimenti di ammirazione e di plauso per l'opera realizzata e per gli eccellenti risultati conseguiti, in specie nell'organizzazione della lotta contro la malaria.

* * *

Il ministro ungherese della P. I., conte Cuno Klebelsberg, durante una visita a Roma, si è recato alla Clinica medica, alla Clinica ostetrica, alla Clinica pediatrica, all'Istituto di Elettrologia e Radiologia medica, alla biblioteca dell'Accademia medica. Era accompagnato dal prof. G. De Reynold, dell'Università di Berna.

Ha manifestato al rettore prof. Dalla Vedova e ai direttori degli Istituti clinici, il suo vivo compiacimento e la sua ammirazione per la grandiosità e l'importanza degli istituti stessi.

XIX Congresso francese di Medicina.

In conformità alle deliberazioni dell'assemblea generale dell'Associazione dei medici di lingua francese, adunatasi nel 1925 a Nancy, questo congresso è indetto dal 10 al 13 ottobre prossimo a Parigi, sotto la presidenza del prof. Teissier.

Temi di relazione sono: 1) « Semeiologia delle setticemie mediche », relatori Gastinet e Reilly di Parigi, de Lavergne di Nancy, Arloing e Dutour di Lione; 2) « Fisiopatologia degli edemi », relatori Mauriac e Aubel di Bordeaux, Gowaerts di Bruxelles, P. Vallery-Radot di Parigi; 3° « Indicazioni mediche e valore terapeutico comparato della splenectomia », relatori Fiessinger e Brodin di Parigi, Nauta d'Algeri, Tapie di Tolosa.

Durante il Congresso si terrà un'esposizione di prodotti farmaceutici, forniture igieniche, apparecchi radiologici, strumenti di laboratorio, periodici e libri medici.

La quota è fissata in 50 franchi per gli aderenti, 25 per gli associati (persone di famiglia, interni ed esterni d'ospedale, studenti in medicina).

Le domande d'iscrizione vanno indirizzate al sig. Pierre Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain 120, Paris (VIe), con l'ammontare della quota (mediante chèque o versamento postale sul conto corrente per chèques postali n. 599 a Parigi).

I medici dei paesi amici e alleati sono cordialmente invitati. Per informazioni complementari rivolgersi al « Bureau de l'Association pour le développement des rélations médicales avec l'étranger » (A. D. R. M.), bureau du XIX[e] Congrès, Salle Béclard, Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine 12; ovvero al segretario generale del Congresso, Dr. M. Chiray, rue Pétrarque 14, Paris (XVI[e]); od anche al Dr. Lian, rue de Bourgogne 19, Paris (XVI[e]).

Corsi speciali per medici.

Presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore di Milano sono aperte a tutto il 24 aprile le iscrizioni ai « Corsi speciali di tecniche diagnostiche e terapeutiche » per medici.

I corsi suddetti, che avranno la durata di un mese, si inizieranno il giorno 25 aprile corrente e

comprenderanno lezioni di: elettrocardiografia, roentgenterapia, chimica clinica, semeiologia fisica e funzionale del fegato e delle grosse vie biliari, fotoradioterapia, istologia patologica, batteriologia e microscopia.

Per l'iscrizione, che può essere anche a singoli di detti corsi, occorre presentare il diploma di laurea ottenuto in una Università del Regno ed il pagamento della somma di L. 50 per ogni corso.

Alla fine dei singoli corsi, a coloro che li avranno frequentati diligentemente e con profitto, sarà rilasciato uno speciale attestato.

Corso di igiene scolastica.

Dall'11 aprile al 10 maggio avrà luogo, presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Genova, un corso d'igiene scolastica, per i laureati in medicina, autorizzato dal Ministero. È gratuito e sarà seguito da esami per il conseguimento del titolo di medico scolastico. Non sono ammessi più di 20 inscritti, e per inscriversi occorre presentare domanda al predetto Istituto d'igiene (via Bertani, 5).

Corso di perfezionamento per le malattie tubercolari.

Per cura dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi il Corso di Perfezionamento delle malattie tubercolari a Genova si inizia il 22 aprile ed avrà la durata di un mese come negli anni precedenti.

Questo Corso è tenuto col concorso dei Clinici e Patologi della Facoltà Medica di Genova ed ha lo scopo di mettere i medici in condizione di poter aspirare agli uffici speciali che Governo, Municipi, Enti privati creano per la lotta antitubercolare.

Il Corso diretto dal prof. Maragliano dà diritto, a coloro che lo hanno seguito, di avere un diploma speciale, per potere adire ai concorsi che via via vengono banditi per istituzioni speciali antitubercolari.

L'iscrizione è gratuita: indirizzarsi alla Segreteria dell'Istituto di Studi scientifico-pratici sulla Tubercolosi - Via Balilla, 1 - Genova.

Il prof. Alessandri a Londra.

La R. Accademia Medica di Roma sarà rappresentata alle cerimonie per la celebrazione del centenario della nascita di Lister (4-6 aprile pross.) dal suo Presidente prof. R. Alessandri, che si reca a Londra anche per ricevere la nomina a socio onorario di quel Royal College of Surgeons.

Intercambi colturali.

Invitato dal Senato Accademico dell'Università di Liverpool, il prof. V. Putti ha tenuto il 10 marzo u. s., nell'aula di Clinica Chirurgica dell'Università stessa, la seconda « Lady Jones Lecture ». Argomento: « Nuovi concetti sulla patogenesi e la cura delle sciatalgie vertebrali ».

Cattedre ambulanti di puericoltura.

Come abbiamo annunziato, sono state istituite a titolo di esperimento in quattro Comuni del Lazio delle Cattedre ambulanti di puericultura dirette da un medico per spiegare alle madri la condotta da tenere nell'educazione igienica dei fanciulli, per fornire medicine e alimenti per lattanti e per curare ambulatoriamente quelli che hanno bisogno di assistenza. La spesa sarà sostenuta dall'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia e l'organizzazione di tali cattedre sarà affidata alla Delegazione centrale delle Opere Assistenziali dei Fasci Femminili.

Il riordinamento del personale degli ospedali riuniti di Roma.

Il Capo del Governo e Ministro dell'Interno ha presentato alla Camera dei Deputati la proposta di conversione in legge del decreto 20 febbraio 1927, concernente la riforma organica ed il riordinamento del personale stipendiato del Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma.

La relazione dell'on. Mussolini che accompagna il disegno di legge dice:

« Con decreto 20 febbraio 1927, il presidente del Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma è stato autorizzato a provvedere, fino a sei mesi dall'entrata in vigore del decreto stesso ed anche in deroga a qualsiasi disposizione legislativa o di regolamento generale o speciale, alla modificazione dei regolamenti e delle tabelle organiche del personale stipendiato dipendente dalla pia istituzione, alla dispensa dal servizio del personale medesimo, al conferimento dei posti eventualmente vacanti; e ciò entro il limite dell'onere finanziario globale complessivamente risultante per stipendi, accessori e pensioni alla data di entrata in vigore del decreto.

« Il provvedimento (al quale fanno riscontro i decreti concernenti il personale dipendente dal Governatorato di Roma e dal comune di Milano) è stato determinato dalla necessità di assicurare un migliore funzionamento dei servizi e degli uffici del Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma (in corrispondenza alle esigenze del programma di riordinamento dei servizi ospedalieri della Capitale), con l'eliminazione di quella parte del personale la cui opera non risultasse adeguata alle nuove funzioni che l'Ente è chiamato ad esplicare. Anche in questo campo, i più severi metodi di selezione e di amministrazione attuati dal Regime potranno portare utili risultati, mentre l'opera concorde dell'Amministrazione e del personale dovrà servire a migliorare, materialmente e moralmente, l'andamento generale dei servizi ».

Consultorio elioterapico in Milano.

Il Pio Istituto di S. Corona ha aperto col primo marzo un « Consultorio » per gli ammalati bisognosi di cure elioterapiche e desiderosi di seguire i trattamenti praticati nei vari istituti. Esso funzionerà come Ufficio di consultazione e di accettazione pei candidati alla cura di Pietraligure e per quanti aspirano all'assistenza specializzata.

Terme di Tabiano.

Anche quest'anno il Pio Istituto di Santa Corona aprirà a datare dal 1° giugno le Terme di Tabiano per la cura delle acque solforose, delle quali potranno beneficiare tanto gli abbienti, quanto i poveri. Pei primi sono disponibili buoni alberghi; per le classi medie e per gli indigenti funzionerà il Sanatorio gestito dal Pio Istituto, che offre decoroso trattamento a prezzi modici, e le cure gratuite.

Le Colonie estive della Croce Rossa Italiana Giovanile.

Le Colonie della Croce Rossa Giovanile — istituzione di Croce Rossa incoraggiata ed appoggiata dal Ministero dell'Istruzione che raccoglie e disciplina le iniziative ed i contributi volontari degli scolari nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria scolastica — hanno estesa la loro azione nel decorso anno 1926 ad oltre ottomila scolari infermi o gracili delle scuole primarie ed alcuni delle secondarie di tutte le regioni d'Italia con un totale di trecentomila giornate di assistenza.

L'opera prosegue anche nel 1927 precisando sempre meglio la sua direttiva di assumere a suo carico e far funzionare solo le Colonie che abbiano vera e propria funzione di assistenza. L'accettazione degli assistiti viene fatta perciò solamente in seguito a visita medica e per designazione da parte di dispensari antitubercolari o servizi medico-scolastici. L'organizzazione ha per base il criterio della cura a sofferenti ed i turni non hanno limitazione di tempo, ma sono estesi a tutto il periodo necessario secondo il critèrio dei medici addetti al servizio, completandosi mediante altre opere di assistenza nel periodo invernale come scuole all'aperto, cure ricostituenti, ecc.

Gli scolari hanno così il modo di esercitare praticamente la solidarietà di aiuto verso i compagni infermi secondo il nobile motto della Croce Rossa Giovanile: « il fanciullo per il fanciullo ».

Colonia marina della C. R. I.

La Croce Rossa Italiana comunica che sono aperte le iscrizioni alla sua Colonia marina « Mafalda di Savoia » in Anzio e che esse si ricevono in Roma, piazza di Pietra 63, e si chiuderanno il giorno di Pasqua.

La Colonia, come si sa, ospita ogni anno 600 bambini del popolo d'ambo i sessi predisposti alla tubercolosi e li tiene sulla ridente spiaggia di Fontana del Turco per un turno di 30 giorni, da luglio ad ottobre con risultati quanto mai soddisfacenti.

La C. R. I. avverte altresì che desidererebbe la restituzione delle schede di sottoscrizione per la detta Colonia che furono diramate nel pubblico dal Comitato di Roma. Naturalmente esse dovranno tornare... riempite.

Ospedale italiano a Tangeri.

Si apprende che l'Italia ha acquistato il palazzo del Sultano in Tangeri per istituirvi un grande ospedale.

Profilassi della malaria nell'Agro Romano.

Il Governatore di Roma ha emanato un'ordinanza con cui prescrive una serie di misure profilattiche, da essere attuate dai proprietari e affittuari di terreni del suburbio e dell'Agro Romano, entro il 31 marzo.

Comitato tecnico permanente per la salute del marinaio.

La Conferenza internazionale riunita ad Oslo nel 1926, ad iniziativa della Lega delle Croci Rosse, per lo studio dei problemi attinenti alla salute ed all'igiene della gente di mare, decise, all'unanimità dei Paesi rappresentati, di costituire un Comitato tecnico permanente per la salute del marinaio. Esso è risultato costituito dei dottori: Raynaud (Francia) per la Società delle Nazioni, Carozzi (Italia) per l'Ufficio Internazionale del lavoro, R. Bernard (Belgio), Tsurumi (Giappone), Gram (Norvegia), Koolemans Beijnen (Olanda), Snow (Stati Uniti); altri tre rappresentanti devono essere ancora nominati per la Francia, la Germania e l'Inghilterra. L'Ufficio Internazionale d'Igiene pubblica, ha incaricato questo Comitato di studiare le istruzioni da impartire ai capitani di navi senza medici e per le consultazioni radiomediche d'alto mare, come pure di studiare vari argomenti d'igiene e sanità navali: sifilide e tubercolosi dei marinai, alloggi a bordo, malattie da carenza ecc.

Controllo sanitario per operai che si recano in Francia.

Secondo le conclusioni adottate dalla Commissione interministeriale dell'immigrazione, istruzioni saranno inviate agli Agenti diplomatici e consolari francesi affinchè qualsiasi lavoratore straniero dell'industria, del commercio e dell'agricoltura, anche se munito di contratto di lavoro regolarmente vistato dalle autorità francesi competenti, sia tenuto a presentare alla frontiera un certificato medico col quale si attesti che egli non è colpito da nessun male contagioso nè da alcuna malattia mentale e che ha tutte le attitudini fisiche necessarie per il lavoro richiesto. Il Consiglio Superiore d'Igiene pubblica darà le direttive essenziali per questo esame medico. I certificati saranno fatti dai medici accreditati a tale scopo presso i Consoli francesi, che dovranno vistare i documenti.

L'onorario del medico per la visita sanitaria è a carico del lavoratore che richiede il certificato; il visto consolare sul documento è invece gratuito.

I lavoratori che non ottemperassero a tale disposizione si metterebbero in condizione di venire respinti alla frontiera.

Escursioni mediche.

In occasione delle « Giornate Mediche » di Marsiglia (20-23 aprile), la « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » ha organizzato un'escursione lungo la Costa Azzurra immediatamente dopo il convegno. La concentrazione avrà luogo alla stazione di Cannes il 24 aprile mattina; si visite-

ranno Cannes, Le Cannet, Nizza, Beaulieu, Monaco, Montecarlo e Mentone; tutti i percorsi saranno effettuati in automobili e piroscafi. Il viaggio è riservato ai medici e alle persone delle loro famiglie; gli studenti in medicina sono ammessi. Prezzo 375 franchi, compreso l'alloggio nei migliori alberghi, le tasse e le mance. Il viaggio avrà termine il 27 aprile sera, alla stazione di Nizza.

Agli aderenti che intendono partecipare al Congresso della Stampa Medica Latina, che comincerà a Parigi il 28 aprile sera, si dà garanzia di potersi trovare a Parigi in detto giorno, alle 14.20.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al dottor Faure, Président de la Société Médicale du Littoral, rue Verdi 23, Nizza.

Commemorazioni.

Nell'aula della R. Clinica delle malattie mentali e nervose di Napoli, il prof. F. Baldi, incaricato dell'insegnamento della psichiatria dopo la morte del titolare prof. D'Abundo, ha rievocato il giorno 8 corr. con una degna ed efficace commemorazione, le figure dei due grandi Maestri di recente scomparsi: proff. L. Bianchi e G. D'Abundo.

Solidarietà professionale.

In seguito alla morte del compianto collega dott. Benci di Montespertoli, il « Bollettino Consorziale della Toscana », con felice pensiero, ha aperto una sottoscrizione in famiglia per venire in aiuto della famiglia e sopratutto per rendere possibile al figlio di terminare gli studi di medicina. Dirigere le offerte al dott. M. Pruneti a Tavarnelle Val di Pesa (Firenze).

Infortuni professionali.

La Corte d'Appello di Nancy ha confermato la sentenza del Tribunale di Epinal che condannava il dott. Germain a 12,000 franchi di danni e interessi, perchè nell'operare, tre anni prima, di un ascesso alla gamba il negoziante Boulanger, aveva lasciato in fondo alla ferita un tubetto da drenaggio in gomma, che aveva impedito la cicatrizzazione.

Un commesso della Farmacia Moderna in Genova stava caricando d'urgenza una bombola d'ossigeno, quando questa scoppiò rompendo una damigiana piena d'ammoniaca i cui vapori lo hanno ucciso; i pompieri accorsi dovettero far uso di maschere antiasfissianti.

Vittima della scienza.

Il dott. Darcourt di 60 anni, che dal 1898 si è specializzato nella radiologia, ha subito in questi giorni la sesta operazione: l'amputazione dell'indice della mano destra.

Creatore del servizio di radiologia dell'Ospedale della Concezione, egli fu durante la guerra capo di parecchi gabinetti radiologici.

Per lo studio dell'encefalite letargica.

Il noto banchiere americano P. Morgan ha donato 40 mila dollari ossia più di un milione all'Istituto Neurologico per sostenere le spese di studio per le ricerche sull'encefalite letargica.

Il Morgan ha fatto questo dono in memoria di sua moglie, che morì due anni fa appunto di questa malattia.

Sciopero di studenti in medicina.

I giornali recano che gli studenti delle Facoltà di Medicina di Belgrado e di Zagabria hanno deciso di proclamare lo sciopero perchè il Governo ha presentato alla Scupcina un disegno di legge che eleva da 5 a 6 anni la durata degli studi medici.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di gennaio 1927.

MALATTIA	3-9		10-1[illegible]		17 23		2[illegible] 30	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	[illegible] 9	1 92	183	1215	194	1283	19	1308
Scarlattina	14[illegible]	34[illegible]	139	333	13	313	135	311
Varicella	[illegible]4	223	1 4	264	98	2.8	9	293
Vaiuolo e Vaiuoloide .	2	2	1	1	—	—	1	1
Tifo addominale . . .	308	64[illegible]	260	505	248	415	219	437
Dissenteria	—	—	2	2	1	1	2	2
Difterite e croup . .	215	335	217	339	214	[illegible]44	215	346
Meningite c. s. e. . .	14	16	4	4	6	6	16	17
Poliomielite a. a.	3	3	7	7	5	5	3	4
Encefalit letargica .	3	3	7	8	6	6	7	10
Rabbia morsicati . .	49	63	55	96	50	73	49	73
Rabbia dichiarata . .	—	—	—	—	1	1	1	1
Pustola maligna . . .	21	26	10	15	[illegible]2	12	10	11
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	1	1	—	—
Colera Asiatico . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubbonica . . .	—	—	—	—	—	—	—	—

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. Med. y. Cirugia, 16 ott. — BEJARANO e GAY. La sifilide e le sindromi extrapiramidali.

Cult. Med. Moderna, 15 ott. — DE LUCA. Scollamento parapleurico nella tbc. polm.

Brazil Medico, 11 sett. — DE ANDRADE. Intervento sul mediastino posteriore.

Gaz. d. Hôpitaux, 13 ott. — PANCHET. I diverticoli del colon.

Bull. Méd., 13-16 ott. — HENDERSON. Misure del valore funzionale del cuore.

Presse Méd., 16 ott. 1926. — PORTMANN. La resezione della giugulare int. nella tromboflebite.

Paris Méd. — Num. monografico sulle malattie mentali.

Journ. Praticiens. — GUÉRIN. Lo strabismo nelle malattie neurotrope.

Soc. Méd. des Hôpitaux, 14 ott. — COMBY. Encefalite acuta di origine vaccinale.

Med. Ibera, 10 ott. — COVINA. La posiz. attuale della dermatologia e sifilografia.

Minerva Medica, 20 ott. — BUSINCO. La sifilide del cuore. — SALVIOLI. Capillaroscopia del padiglione dell'orecchio. — BARCO. Osservazioni su 1000 casi di rachianestesia.

Bull. Acad. d. Méd., 5 ott. 1926. — DANIEN. Profilassi degli accidenti rachianestesici.

Prensa Med. Argent., 20 sett. 1926. — BUZZO. Patogenesi e trattam. della colecistite cronica non litiasica. — BONJOUR. La codeina e la morfina come ipotensivi.

Zblatt. f. inn. Med., 16 ott. 1926. — ZÜBERT. Albuminuria ortostatica e sifilide.

Zeitsch. f. Tuberkulose, n. 2, v. 46. — ANTON, KUDLICH e SCHMIEDL. Studio sulla reinfezione. — KURT e RICHERT. L'influenza dell'inalaz. della polv. di carbone sullo sviluppo del connettivo nel polmone.

Gazz. Osped. e Clin., 10 ott. 1926. — PERRETTI. La xantocromia cutanea. — SAMMARTANO. Sifilide ed affezioni oto-rino-laringologiche.

Riforma Med., 4 ott. 1926. — MELLI. Proprietà fisio-chimiche di essudati e trasudati.

Münch. Med., Woch., 15 ott. — SCHOTTMÜLLER. Terapia del tifo addom. — MAYR. Rapporti fra glicogeno e malattie da gonococco. — HACKEMANN. Il latte di puerpere sifilitiche. — SCHLAYER. Le mal. renali nella pratica.

Archives méd.-chir. app. réspir., n. 5. — KUSS. L'oleotorace nella tbc. — BENET e VERNE. Il potere fissatore del polmone. — MIGNOT. Il cancro primitivo del polm.

Presse Méd., 13 ott. 1926. — CHIRAY e MARIE. Trattamento dell'intossicaz. da cianuro.

Rev. Med. Uruguay, sett. 1926. — RUBINO. Nuova reaz. sierologica della lebbra.

Boston Med. Surg. Journ., 7 ott. — BANETT. Fattori costituzionali e psicosi. — REYNOLDS. Guarigione di paraplegia isterica durante da anni.

Journ. Amer. Med. Ass., 2 ott. — EBANGH. Corea e neuropsichiatria. — WHITE. L'acrodinia negli adulti. — CALHOUN. Sintomi oculari nell'emorragia subaracnoidea. — GERSTENBERGER. La profilassi della rachitide.

Wiener Klin. Woch., 21 ott. — HAMBURGER. Reazione locale intra- e sottocutanea. — ALBRECHT e RANZI. Mielite da compressione nella condrodistrofia.

Paris Méd., 23 ott. — GREGOIRE. I diverticoli del duodeno. — PORCHERON e DAUFRESNE. Anemia e cura marina.

Med. Ibera. — MARANON. Il problema della febbricola.

Prensa Med. Argent., 30 sett. — RAMIREZ. Resezione del simpatico cervicale. — MARCIANO. Miasi vulvare.

Rev. Españ. Med. y Cirug., ott. — PEDRO y PONS. Endocardite lenta.

Riv. di Clin. Pediatrica, ott. — LOMBARDI. Fenomeno del facciale e tasso calcemico. — GANDOLFI. Ematologia ed anemie spleniche nell'infanzia.

Sperimentale, fasc. IV. — MORELLI. Modificazioni della tiroide e gas asfissianti. — FAVILLI. Agglutinazioni nel gruppo abortus-melitensis. — RONDONI. Irradiazione degli alimenti con raggi U. V.

New York St. Med. Journ., 15 ott. — THRONE ed altri. Arsenico ed eczema. — KOPETZKY. Infezioni sistemiche otogene.

Gaz. Osp. e Clin. — BATTONI. Febbre tifoide e sintomo di Badalesen e Attanasiu. — BARLOCO. Patogenesi e terapia del diabete.

Ann. Igiene, n. 9. — SCALA e SETTE. Azione biochimica della corr. ad alta frequenza. — SANGIORGI. Le acque artesiane del parmense.

Gaz. Hôp., n. 84. — BENON. Insolazione ed astenia cronica.

Gaz. Hôp., n. 85. — PELLISSIER e NÉDELEC. Acquisizioni recenti sul tetano.

Journ. nervous a. mental disease, ott. — MEYERS. Disturbi vescicali nelle lesioni del sist. nerv. — KASANTH e PETERSEN. La psicosi come sintomo precoce dell'encefalite ep.

La Clinica, sett. — PLÀ y ARMENGOL. L'ereditarietà nella tbc.

Studium, 20 ott. — SCALESE. L'indirizzo diagnostico e le sindromi cliniche di Cardarelli. — CACCIAPUOTI. Spondilactiosi e neuralgie radicolari.

Med. Klinik, 22 ott. — BREINL. Sulla scarlattina. — LAWHENTHAL. I pericoli dei bagni elettrici.

Persse Méd., 20 ott. — LAIGNEL-LAVASTINE. I fattori endocrini del carattere.

Revue Neurologique, ott. — MARCHAND e BAUER. Epilessia e torcicollo reumat. — KRAUS e WEILL. Duplicità del midollo spinale.

—*British Med. Journ.*, 23 ott. — La buona e la cattiva dieta.

Lancet, 23 ott. — CARLTON. La trasf. di sangue nella pratica pediatrica. — NELSON. Il midollo spinale nel tetano.

Quarterly Journ. Medic., ott. — TELFER. Studi sul metabolismo del calcio. — CAMPBELL e POULTON. Effetti dell'esercizio sulla ventilaz. polmon. nella bronchite cronica. — YOUNG e RUSSEL. Sulla mortalità per diabete in Inghilterra.

British Journ. Child. Disease, lug.-sett. — CRITCHERY. I tum. cerebellari nell'infanzia. — BRUSHFIELD e WYATT. Epiloia.

Riv. di Clin. Med., 15 sett. — DE LUCIA. Echinococco del polm. — MONTANARI. Glicosuria alim. nelle mal. renali.

Rass. Int. Clin. e Terap. — TRAMONTANO e PANSINI. La neurofibromatosi multipla. — CASTALDI. La determinaz. del sesso.

Acta Med. Scandinava, fasc. VI. — BENNI. La prognosi delle ipertomie. — FABER ed altri. La funzionalità gastrica ed il metodo delle prove frazionate.

Presse Méd., 27 ott. — A. BESREDKA. L'immunizzaz. locale.

Giorn. di Biol. e Imm., ott. — C. VERDINA. Emolisine naturali in rapporto alla R. W.

Journ. Méd. de Paris, 25 ott. — Numero di dermatol.

Arch. de Med., Cir., ecc., 23 ott. — G. MARAÑON. Il problema della febbricola.

Soc. d. Hôp., 21 ott. — M. NETTER. Encefaliti post-vacciniche. — M. RENAUD. Cutireaz. alla tubercolina nei cancerosi.

Arch. Med. Belges, sett. — W. S. BAINBRIDGE. Disfunzioni tiroidee da tossicosi.

Journ. Méd. Franç., ott. — Numero sulla difteria.

Ann. Inst. Pasteur, ott. — M. TSEKHNOVITZER. Vaccinaz. antitub. con B. C. G. — G. LEDENTU e J. DANDE. Trattam. della tripanosomiasi umana con 270 Fourneau.

Minerva Med., 31 ott. — I. CAPPELLINI Osteomielite costale da microc. di Bruce. — F. MICHELI. Miocardite sifilitica subacuta.

Lancet, 30 ott. — A. NEWSHOLME. La medicina preventiva. — A. DELMEGE. Tachicardia afebbrile nella tisi iniziale.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 ott. — J. J. GORDON THOMSON e S. ANNECKE. Patologia del sist. nerv. centr. nella malaria terz. maligna.

Japan Med. World, 15 ag. — H. YAOI e H. KASAI. Concentrazione H-ionica nella vitalità del virus vaccino.

Münch. Med. Woch., 29 ott. — NISSLE. Il problema della carie. — KOCH. Radiodiagn. e radioterapia della tbc. polm.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

☛ Volume indispensabile ad ogni Medico:

Sindromi d'urgenza

Cause, Diagnosi e Terapia

Prefazione dei Dottori

TITO FERRETTI e GIOVANNI ANTONELLI

Chirurgo Primario Direttore — Docente di Patologia Medica Medico Primario

dell'Arciospedale " S. Spirito in Sassia „ di Roma

PREMESSA DELL'AUTORE.

La prima origine di questo libro è, direi così, sentimentale. Il pronto soccorso richiede umanità e sacrificio, esige decisione e coraggio, impegna straordinariamente la responsabilità e la reputazione del medico, desta nel paziente la più vera e pura gratitudine. Voler concorrere a questo edifizio morale, aggiungendo la mia pietra, sebbene molto piccola, fu la prima idea, che mi spinse ad esaminare il problema della pronta diagnosi e della precisa indicazione terapeutica, sul quale s'impernia tutta la clinica d'urgenza.

Sono partito dalla sindrome, quale punto più vicino alla meta, e ho pensato d'ordinare tutte le idee intorno ad essa, onde ne risultasse uno svolgimento piano, logico, facente un tutto uno, un capitolo, e infine di ordinare i vari capitoli in modo che pur formassero un tutto uno, un libro: un libro di pronto soccorso.

Se sono riuscito nell'intento non lo so. Il giudizio sereno verrà dai lettori, i quali sappiano che per loro ho lavorato, appassionatamente. Dott. CARLO SANTORO.

Per miglior criterio del lettore, riportiamo anche l'*Indice Sistematico* del volume:

PREFAZIONE dei Dottori T. FERRETTI e G. ANTONELLI, Primarii negli Ospedali Riuniti di Roma.

PREMESSA DELL'AUTORE

SINDROMI EMORRAGICHE: Cap. I. *Epistassi* - Cap. II. *Emottisi.* - Cap. III. *Ematemesi.* - Cap. IV. *Emorragia intestinale.* - Cap. V. *Ematuria.* - Cap. VI. *Metrorragia.*

SINDROMI DISPNOICHE: Cap. I. *Stenosi laringee.* - Cap. II. *Asistolia.* - Cap. III. *Asma.* - Cap. IV. *Edema acuto del polmone.*

SINDROMI DOLOROSE TORACICHE: Cap. I. *Angina di petto.* - Cap. II. *Dolori toracici.*

SINDROMI DOLOROSE ADDOMINALI: Cap. I. *Occlusione intestinale.* - Cap. II *Strozzamento erniario.* - Cap. III. *Peritoniti acute.* - Cap. IV. *Appendicite* - Cap. V. *Colica epatica.* - Cap. VI. *Colica nefritica.*

SINDROMI EVACUATIVE: Cap. I. *Vomito.* - Cap. II. *Diarrea.*

SINDROMI URINARIE: Cap. I. *Ritenzione acuta d'urina.* - Cap. II. *Anuria.*

SINDROMI NERVOSE: Cap. I. *Apoplessia e coma.* - Cap. II. *Convulsioni.* - Cap. III. *Delirio.* - Cap. IV. *Sincope.* - Cap. V. *Asfissia acuta.*

AVVELENAMENTI ACUTI.

PROCESSI INFIAMMATORI ACUTI: PARTE GENERALE - PARTE SPECIALE: Arto superiore; Arto inferiore; Cranio; Faccia; Collo, Mammella; Addome; Perineo.

SCOTTATURE.

LESIONI TRAUMATICHE: Cap. I. *Ferite degli arti.* - Cap. II. *Ferite e contusioni del collo* - Cap. III. *Contusioni del torace.* - Cap. IV. *Ferita del torace* - Cap. V. *Contusioni dell'addome.* - Cap. VI. *Ferite dell'addome.* - Cap. VII. *Fratture del cranio* - Cap. VIII. *Lesioni traumatiche della colonna vertebrale.* - Cap. IX. *Id. traumatiche dei mascellari.* - Cap. X. *Fratture delle diafisi degli arti.* - Cap. XI. *Lesioni traumatiche della spalla.* - Cap. XII. *Id. traumatiche del gomito.* - Cap. XIII. *Id. traumatiche del polso e della mano.* - Cap. XIV. *Id. traumatiche dell'anca.* - Cap. XV. *Id. traumatiche del ginocchio.* - Cap. XVI. *Id. traumatiche del collo e del piede.*

CORPI ESTRANEI: Cap. I. *Corpi estranei nel sacco congiuntivale.* - Cap. II. *Id. estranei nelle fosse nasali.* - Cap. III. *Id. estranei nell'orecchio.* - Cap. IV. *Id. estranei nella faringe e nella trachea.* - Cap. V. *Id. estranei nella faringe e nell'esofago.* - Cap. VI. *Id. estranei nell'uretra e nella vescica.* - Cap. VII. *Id. estranei nel retto.*

Un volume in-8° di pagg. XII-400, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **45** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. **41.75** in porto franco.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «**per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

ANNO XXXIV — Roma, 11 Aprile 1927 — Fasc. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSP. REGINA ELENA - TRIESTE - IST. DI PATOLOGIA.
Direttore primario: dott. ENRICO FERRARI.

I gruppi sanguigni degli abitanti di Trieste

per il dott. MARCO GOLDSTEIN.

Dopochè Landsteiner e poco dopo V. Decastello e Sturli ebbero pubblicati i primi lavori sull'isoagglutinazione del sangue, si sono succedute numerosissime pubblicazioni, nelle quali il problema dell'isoagglutinazione varcava i limiti della serologia, per portarsi nel campo degli studi dell'ereditarietà, dell'etnologia e della antropologia. Quasi universalmente si è d'accordo nel ritenere che esistono quattro gruppi sanguigni costanti nelle proprietà d'isoagglutinazione, indipendenti da influenze farmacologiche, fisiologiche e patologiche, le quali si trovano già nel feto, accompagnano poi l'individuo dalla nascita sino alla morte e si trovano poi immutate anche nel cadavere, come ho avuto più volte occasione di constatare in individui, il cui sangue venne esaminato prima in vita e poi dopo morte.

Contro questo concetto di fissità del gruppo sanguigno, sostenuto dai più autorevoli conoscitori del problema dell'isoagglutinazione, sono apparsi di recente parecchi lavori di autori, i quali avrebbero osservato cambiamenti di gruppo sotto l'influenza di farmaci, galvanizzazione o irradiazione. Altri vorrebbero mettere in rapporto i gruppi sanguigni con certe malattie come il carcinoma, le leucemie ecc.

Così p. e. l'Eden afferma di aver ottenuto sperimentalmente il passaggio di un individuo da un gruppo sanguigno ad un altro mediante la somministrazione di alcune sostanze chimiche oppure mediante la galvanizzazione o la narcosi eterea. Però crediamo assieme a Schumacher e Atzerodt ed al Mino, il quale ha pure controllato gli esperimenti dell'Eden, che quest'ultimo sia incorso in errori di interpretazione. Ed infatti la tecnica usata da lui non permette una rigorosa distinzione tra l'isoagglutinazione e l'impilamento.

Il Vorschuetz ha recentemente affermato l'esistenza di un quinto gruppo e di numerosi sottogruppi intermedi. Inoltre ha creduto di vedere una interdipendenza tra isoagglutinine e globu-

line del siero, notando che l'agglutinazione avveniva più rapidamente in quelle malattie, in cui è aumentato il contenuto di globuline.

Il Woehlisch crede che le agglutinine sieno legate alle globuline e che i globuli rossi ripetutamente lavati possano perdere i loro recettivi (sostanze agglutinabili).

Ora dal Mino sono stati eseguiti estesi esperimenti di controllo con tecnica rigorosa ed ineccepibile, i quali dimostrano: 1) che non esiste alcuna corrispondenza tra il contenuto percentuale di globuline e il rispettivo gruppo sanguigno; 2) che sieri privati delle euglobuline presentano integre le proprietà agglutinanti; 3) che l'aumento artificiale delle globuline nel siero non modifica le proprietà agglutinanti specifiche, ma bensì determina un aumento delle proprietà pseudoagglutinanti.

Sembra quindi che Vorschuetz e Woehlisch abbiano studiato il fenomeno della pseudoagglutinazione da impilamento.

Ultimamente da Weitzner, Alexander e Bendien il gruppo sanguigno è stato posto in relazione colla disposizione di ammalare di carcinomi, affermando questi autori che gli appartenenti al gruppo A B sono più predisposti ad ammalare di carcinoma. Però controlli eseguiti dal Cavalieri ed anche da me, come avrò a dimostrare in una prossima pubblicazione, non hanno confermato i risultati dei predetti autori.

La tecnica da me eseguita fu la seguente: da una vena prendevo tanto sangue quanto bastava per esaminare ripetutamente e siero e corpuscoli rossi. Dapprima esaminavo i corpuscoli rossi con dei sieri del secondo e del terzo gruppo, indi il siero con dei corpuscoli lavati, appartenenti al secondo ed al terzo gruppo. Quando l'agglutinazione avveniva con rapidità ed intensità mi accontentavo dell'esame macroscopico. Qualora però l'agglutinazione ritardava o appariva dubbia procedevo alla tecnica consigliata dal Lattes e dal Mino per la diagnosi differenziale tra impilamento ed isoagglutinazione. Però posso dire che mai si trattava di impilamento, quando l'agglomeramento avveniva prontamente e nettamente; viceversa succedeva talvolta, che l'isoagglutinazione ritardasse anche oltre i cinque minuti. Durante gli esami mi sono accorto che lo stesso siero impilava differentemente differenti globuli e che i globuli rossi ripetutamente lavati perdevano la capacità di essere impilati.

Il materiale di ricerca consisteva nel sangue di cadavere dell'Istituto anatomo-patologico e nel sangue che perveniva per l'esame della reazione del Wassermann.

Nl 1910 v. Dungern e Hirschfeld pubblicarono il primo lavoro sistematico sull'ereditarietà dei gruppi sanguigni, trovando che le strutture biochimiche A e B dei gruppi sanguigni si trasmettono ai discendenti seguendo le leggi Mendeliane. Però mentre gli autori sopracitati hanno esaminato separatamente le strutture biochimiche A e B e non i gruppi sanguigni il Mino giustamente osserva che si deve considerare il gruppo sanguigno come unità biologica e che le agglutinine hanno un puro valore semeiotico. La differenza biologica tra differenti gruppi sembra esser data anche da altri fattori oltrechè da agglutinine ed emolisine.

« Il carattere ereditario gruppo sanguigno è caratterizzato da proprietà isoagglutinanti ed isolitiche, le quali sono dipendenti dai due elementi A e B. Ciascuno di essi si comporta come un carattere ereditario. La coppia di fattori ereditari, quella che si chiama coppia allelomorfa, cioè il carattere dominante e il carattere recessivo antagonista sono A e « non A », B e « non B » ed in ogni individuo il carattere gruppo sanguigno è dipendente da due coppie allelomorfe, da quella che determina la qualità A e da quella che determina la qualità B ».

Dagli studi dei vari autori sulla dipendenza dei caratteri ereditari dei figli da elementi genotipici dei genitori, risulta l'importanza del fenomeno dell'ereditarietà per la ricerca della paternità; specialmente nella nostra città dove il Codice Civile Austriaco è tuttora in vigore ed è ammessa la ricerca della paternità (1).

Però in qualche caso (Mino, Buchanan) si sono verificate delle eccezioni alle norme Mendeliane, eccezioni che forse dipendono da errori d'interpretazione del gruppo sanguigno o dalla presenza di figli adulterini; però è pur sempre possibile che esistano realmente delle anomalie, per quanto rare, e quindi dobbiamo dire assieme al Lattes « che i rapporti tra i gruppi sanguigni dei figli e dei genitori costitueranno solo un argomento presuntivo d'innegabile valore, ma non del tutto decisivo per la dimostrazione medico legale del vincolo di figliazione ».

Dopochè da parecchi autori era stata osservata una certa fissità delle proporzioni dei gruppi sanguigni in una data polazione, L. e H. Hirschfeld, batteriologi nell'armata dell'Intesa a Salonicco hanno esaminato l'appartenenza a gruppi sanguigni di quattordici razze distinte (per lo più reggimenti di differenti paesi); trascrivo il resultato interessante nella tabella seguente:

---

(1) Difatti già in tre casi sono state richieste ed eseguite delle perizie in proposito.

	A. %	B. %	A. B. %	O. %	A. totale	B. totale	A./B.
Inglesi	43.4	7.2	3.0	46.4	46.4	10.2	4.5
Francesi.	42.6	11.2	3.0	43.2	45.6	14.2	3.2
Italiani	38.0	11.0	3.8	47.2	41.8	14.8	2.8
Tedeschi	43.0	12.0	5.0	40.0	48.0	17.0	2.8
Austriaci	40.0	10.0	8.0	42.0	48.0	18.0	2.6
Serbi	41.8	15.6	4.6	38.0	46.4	20.2	2.6
Greci	41.6	16.2	4.0	38.2	45.6	20.2	2.5
Bulgari	40.0	14.2	6.2	39.0	46.8	20.4	2.5
Arabi	32.4	19.0	5.0	43.6	37.4	24.0	1.5
Turchi.	38.0	18.6	6.6	36.0	44.6	25.2	1.8
Russi	31.2	21.8	6.3	40.7	37.5	28.1	1.3
Ebrei	33.0	23.2	5.0	38.8	38.0	28.2	1.3
Malesi.	26.2	23.7	4.5	45.5	30.7	28.2	1.1
Negri	22.6	29.2	5.0	43.2	27.6	34.2	0.8
Indocinesi.	22.4	28.4	7.2	42.0	29.6	35.6	0.8
Indù.	19.0	41.2	8.5	31.3	27.5	49.7	0.5

Nelle prime quattro colonne sono elencate le percentuali dei quattro gruppi A, B, AB e O; nella quinta e sesta colonna sono notate le somme delle percentuali di A e B (A più AB, B più AB), nell'ultima è notato il rapporto fra la frequenza totale di A e la frequenza totale di B; questo rapporto L. e H. Hirschfeld lo chiamano indice biochimico di razza.

Dalla tabella si rileva che l'indice più alto è dato dagli Inglesi e il più basso dagli Indù. Si vede inoltre che la proprietà A diminuisce procedendo dall'ovest e nord verso est e il sud. E più frequente presso i Tedeschi ed Inglesi e va notevolmente diminuendo presso gl'Indù e i Negri. Che si tratta piuttosto di qualità di razza e non dipendenti dal clima o posizione geografica, ha dimostrato il Verzàr in un suo lavoro. Egli ha esaminato Tedeschi, Ungheresi e Zingari che abitano frammisti da secoli sullo stesso territorio (Ungheria) e pure hanno conservato la propria distribuzione dei gruppi sanguigni.

	A. %	B. %	A. B. %	O. %	A. totale	B. totale	A./B.
Tedeschi	43.5	12.6	3.1	40.8	46.6	15.7	2.9
Ungheresi.	38.0	18.8	12.2	31.0	50.2	31.0	1.6
Zingari	21.0	38.9	5.8	34.2	26.9	44.7	0.6

Si osserva come gli Ungheresi hanno una distribuzione di gruppi sanguigni simile a quella dei Turchi ed è probabile che queste cifre dimostrino una parentela di razza. Ed infatti gli Ungheresi provengono da quei popoli che abitavano dodici secoli fa nelle regioni Uralo-Altaiche da dove emigrarono pure i Turchi. Interessante è pure il reperto della ripartizione sanguigna degli Zingari che coincide con quello degli Indù. Sembra che i glottologi abbiano dimostrato la provenienza degli Zingari dall'India.

Data la posizione di Trieste ai confini d'Italia, dove si è avuta una certa infiltrazione di stirpi allogene nella popolazione autoctona ci è parso non privo di interesse di esaminare la ripartizione dei gruppi sanguigni fra gli abitanti di questa provincia.

Ho esaminato il sangue di 264 cadaveri e 1284 sangui che pervennero per l'esame della reazione di Wassermann ed ho trovato la seguente distribuzione dei gruppi sanguigni:

A.	B.	A. B.	O.	A. totale	B. totale	A./B.
37.6 %	15.5 %	7.4 %	38.5 %	45.0 %	22.9 %	1.9 %

Confrontando questo reperto con quello del Mino per l'Italia sett. centr. Merid.:

	A. totale	B. totale	A./B.
Italia settentrion.	45 %	13.4 %	3.4
Italia centrale	41 %	11.0 %	3.6
Italia meridionale	39 %	17.0 %	2.3

notiamo come da noi in confronto col resto dell'Italia c'è una forte prevalenza di B, dimodochè l'indice biochimico risulta piuttosto basso.

Se confrontiamo la tabella dello Hirschfeld, notiamo che un relativo aumento di B in Europa esiste fra i popoli Slavi: Bulgari e Serbi, e fra gli Austriaci (qui lo Hirschfeld probabilmente intende parlare degli abitanti della cessata Monarchia e quindi di conglomerati di differenti popoli, in prevalenza Slavi). Questi reperti ci confermano forse l'incrocio avvenuto fra la popolazione autoctona (Veneti) ed infiltrazione slava.

Qual'è la ragione prima di questa ripartizione fissa dei gruppi sanguigni? Lo Hirschfeld suppone l'esistenza di due razze originarie A e B, la prima nel nord dell'Europa, l'altra nell'Asia centrale; queste due razze nelle varie trasmigrazioni dei popoli si sarebbero fuse colla razza autoctona, dando luogo alle varie ripartizioni dei gruppi sopraccennati.

BIBLIOGRAFIA.

MINO. *L'eredità dei gruppi sanguigni.* Il Policlinico, 1924.
DÖLTER. *Uber den heutigen Stand der Blutgruppenforschung.* M. Kl., 36, 1925.
VERZÀR. *Neue Unteruschungen über Isohaemagglutinine.* Kl. Woch., 19, 1922.
HIRSCHFELD. *Krankheitsdisposition und Gruppenzugehörigkeit.* Kl. Woch., 46, 1924.
WEITZNER. *Haemagglutiningehalt des Blutserums Karzinomkranker.* Med. Klinik, 52, 1925.
MINO. *Ricerche sulla modificabilità dei gruppi sanguigni.* Riforma med., p. 75, 1923.
MINO. *Quanti sono i gruppi sanguigni?* Rif. med., p. 387, 1923.
LATTES. *L'individualità del sangue.* Principato, Messina, 1923.
SCHÜTZ-WÖHLISCH. *Bedeutung und Wesen von Hämagglutination und Blutgruppenbildung beim Menschen.* Kl. Woch., 36, 1924.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI UDINE.
SEZIONE CHIRURGICA FEMMINILE
diretta dal chirurgo primario dott. LUIGI RIEPPI.

Contributo al taglio cesareo nell'eclampsia gravidica

per il dott. LUIGI TOMASI.

Data la natura di questo lavoro, non è certo il caso di discutere sulla patogenesi dell'eclampsia, basterà quindi accennare alla convinzione di questa scuola, che cioè la placenta ne sia la sorgente, difatti in molti casi curati in questa Divisione, la guarigione dell'eclampsia avvenne dopo lo svuotamento completo dell'utero.

Dirò inoltre che tutti i casi di eclampsia da me osservati si manifestarono sempre in seguito a violenti temporali, per cui sono del parere di quelli che affermano che i gravi perturbamenti atmosferici ed i bruschi abbassamenti di temperatura hanno una certa importanza nella patogenesi dell'eclampsia.

L'accesso convulsivo eclampsico è fra le più gravi malattie che possano colpire la gravida o la partoriente.

Mentre in tutte le contingenze ostetriche dobbiamo pensare se sia il caso di intervenire e quale sia la indicazione del nostro intervento, nel caso dell'eclampsia dobbiamo pensare senz'altro quale sia il mezzo *più rapido* e migliore per sgravare la paziente.

Dalla rapidità dello sgravio dipende la possibilità di salvare la madre ed al tempo stesso il figlio, infatti la realtà degli avvenimenti e le statistiche in specie dimostrano come la migliore terapia sia quella di rimuovere al più presto la placenta, sorgente tossica dell'eclampsia stessa.

Sarebbe quindi errore gravissimo dell'ostetrico rimanere inattivo e titubante davanti un caso di eclampsia, come sarebbe errore gravissimo del chirurgo quello di non amputare un arto infetto che minaccia la vita dell'individuo.

Purtroppo talvolta anche il più rapido intervento può riuscire tardivo, così in qualche caso, fortunatamente raro, anche dopo un solo accesso l'organismo può essere già a tal punto intossicato che nessun aiuto vale a salvare la vita.

Giudicato quindi necessario un rapido intervento, dobbiamo pensare quale sia il mezzo che più di ogni altro dia affidamento di poter sgravare la donna con la maggiore rapidità ed al tempo stesso col minor pericolo della madre e del feto.

Il chiarissimo dott. Luigi Rieppi, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Udine, con idea geniale ricorre, già da alcuni anni, anche in questi casi, spesso, al taglio cesareo conservatore, come quello che può rispondere a tutte le esigenze del caso; tale intervento infatti è rapidissimo, e dà i maggiori affidamenti per la salvezza della madre e del feto, se maturo. Questa maggiore probabilità di salvare il neonato deve essere presa in grande considerazione nella scelta del mezzo, specialmente oggi, dopo la viva lotta sostenuta per salvaguardare gl'interessi del nascituro nei parti distocici.

Oggi che si cerca di abolire tutti gl'interventi che sacrificano la vita del feto a vantaggio della madre nelle viziature pelviche; oggi che il taglio cesareo è da molti praticato anche nella placenta previa oltre che per indicazione materna anche per la vita del feto, oggi dunque non è fuori luogo proporre il taglio cesareo anche nell'eclampsia per i vantaggi innegabili che tale intervento procura al nascituro.

L'eclampsia gravidica può quindi essere considerata fra le indicazioni relative al taglio cesareo, tale operazione può essere cioè messa in discussione con le altre operazioni ostetriche nonostante il parere poco favorevole e talvolta anche contrario di molti ostetrici.

Non è certo possibile stabilire quale regola generale, che in tutti i casi di eclampsia gravidica si abbia a ricorrere senz'altro al taglio cesareo: tale intervento deve essere seriamente vagliato e considerato assieme a tutti gli altri interventi ostetrici che ci possono portare ad un sgravio artificiale; bisogna considerare a fondo il caso particolare che ci si presenta, così in alcuni casi di eclampsia da me raccolti si ot-

tenne lo sgravio ricorrendo ai comuni mezzi ostetrici quali il rivolgimento, applicazione di forcipe, ecc.

Ad esempio nei casi nei quali l'accesso eclampsico compaia durante il parto, quando le acque siano colate, quando il collo sia scomparso, quando la testa sia impegnata nello scavo, sarebbe assurdo pensare al taglio cesareo anzichè all'applicazione di forcipe; così quando il collo sia già scomparso, la dilatazione molto avanzata, feto mobile, membrane integre, certo converrà ricorrere al mezzo ostetrico più comune quale è il rivolgimento. Ma quando, come succede il più delle volte, l'accesso eclampsico compare prima dell'inizio del parto, quando il collo è ancora rigido, nessuna dilatazione iniziata, membrane integre, feto vivo, credo sia indicato senz'altro ricorrere al taglio cesareo; in tali casi infatti tutti gli altri metodi riescono più lunghi e più pericolosi. All'indicazione materna, in questi casi, si aggiunge nettamente l'indicazione fetale; però anche l'accertata morte del prodotto del concepimento non è a nostro avviso contro indicazione al taglio cesareo perchè in ogni caso esso si propone di salvare la vita della madre ottenendo lo sgravio nel più breve tempo possibile.

Alcuni escludono il taglio cesareo perchè dicono che difficilmente possiamo essere sicuri della asetticità della camera uterina, credo anzi che tale asetticità esista molto più facilmente nei casi di eclampsia dove si praticano poche o nulle esplorazioni che nei casi di viziature pelviche e di placenta previa dove le esplorazioni ed i tamponamenti spesso ripetuti facilitano la setticità della camera uterina, ciò nonostante il taglio cesareo nelle viziature pelviche e nelle placente previe oggi è praticato su vasta scala.

Del resto in tesi generale si può ritenere che il taglio cesareo salvaguardi sempre la vita materna, poichè nei casi di incoata infezione, al taglio cesareo si potrà associare la demolizione dell'utero.

Quando si è opportunamente deciso di intervenire chirurgicamente è indispensabile ed assoluto farlo sempre in ambiente adatto, quale soltanto nelle cliniche, negli ospedali o nelle case di cura si può avere.

È certo giustificato distinguere anche la terapia dell'eclampsia in quella che può essere praticata in una clinica od ospedale ed in quella che *deve* essere praticata a domicilio, lontano da ogni centro scientifico ed ospedaliero; ad ogni modo il miglior consiglio che si possa dare al medico condotto, che si trovi davanti ad un caso di eclampsia gravidica, è quello di trasportare la donna in un ospedale, accompagnandola naturalmente egli stesso, previo un clistere di cloralio idrato (gr. 3 %) allo scopo di attutire i riflessi. Durante il trasporto sarà opportuno essere provvisti di una siringa di Pravaz e di fiale di olio canforato per combattere una eventuale minaccia di paralisi cardiaca, durante o dopo l'accesso.

Il taglio cesareo è poi maggiormente raccomandabile negli ospedali dei piccoli centri dove spesso può operare un buon chirurgo, atto a compiere perfettamente un taglio cesareo, mentre il più delle volte è sprovvisto di quella perfetta tecnica ostetrica che sola può dare affidamento di uno sgravio rapido, fatto *lege artis*, con pochi danni della madre e molti vantaggi per il feto; ma tale tecnica ostetrica è dote dei veri ostetrici che sono piuttosto rari.

La cloronarcosi necessaria per attuare un taglio cesareo, anzichè essere una controindicazione è un fattore favorevole, infatti il cloroformio è un ottimo farmaco per gli accessi eclampsici.

Dopo quanto si è detto ci dichiariamo favorevoli a ricorrere senz'altro al taglio cesareo conservatore ogni qualvolta si presentino le seguenti condizioni:

1) Eclampsia in gravidanza (se il feto è vivo meglio, però la morte intrauterina del feto non deve essere considerata quale controindicazione).

2) Collo rigido, poca o nulla dilatazione.

3) Membrane integre.

Quali sarebbero in tali condizioni gli altri mezzi cui si dovrebbe ricorrere per ottenere lo sgravio? Non ricorrendo al taglio cesareo, il primo obbiettivo da raggiungere sarebbe quello di aprire una strada per giungere in qualche maniera, nella cavità uterina, bisognerebbe cioè praticare una dilatazione artificiale del collo uterino.

Premettiamo che per tutte le manovre atte a raggiungere tal fine, occorre sottoporre, come per un eventuale taglio cesareo, la paziente alla narcosi.

La dilatazione del collo uterino può essere eseguita con varia tecnica:

a) Dilatazione manuale, che si esegue introducendo uno poi due poi tre dita di ciascuna mano nel collo uterino e quindi divaricandole si cerca di sfiancarne le pareti: tale metodo è da molti però, in generale, criticato perchè tale manovra talora porta ad effetti diametralmente opposti a quelli desiderati, poichè l'irritazione portata sul collo uterino provoca contrazioni spasmodiche; nel caso poi di eclampsia

tale metodo deve essere escluso a priori per la sua lungaggine.

b) Dilatazione strumentale, che può essere cruenta od incruenta; la dilatazione strumentale incruenta può essere eseguita:

1) Con l'uso delle tende, dei sacchetti di Barnes o del pallone di Champetier de Ribes; non è il caso di descrivere qui le molteplici manovre necessarie per ottenere la dilatazione con questi mezzi, è sufficiente far rilevare che tempo preziosissimo per la vita dell'eclampsica occorre impiegando tali sistemi.

2) Con i dilatatori metallici: anche questi però hanno, a nostro avviso, molte controindicazioni; infatti impiegando il dilatatore di Busch, di Schultze o del Tarnier, i quali hanno il vantaggio di portare ad una dilatazione lenta e graduale della bocca uterina, con scarso pericolo di lacerazioni, ed hanno anche la proprietà di agire in modo dinamico come eccitante la contrazione uterina; impieghiamo sempre un tempo troppo lungo.

3) Si può impiegare il dilatatore del Bossi o quello del Merletti, i quali portano veramente in breve tempo la bocca uterina a dilatazione completa, o ad un grado tale da permettere altri interventi; però impiegando il dilatatore del Bossi manca sempre la sensazione della resistenza offerta dai tessuti, i quali possono spaccarsi provocando complicazioni talora molto serie e spesso anche irreparabili, lo stesso dicasi per il dilatatore del Merletti.

La dilatazione cruenta è rappresentata dalla isterostomatomia, con un bisturi bottonuto, o con una forbice curbitata, si praticano delle incisioni multiple in senso laterale, questo metodo che potrebbe dare ottimi risultati, dà spesso serii pericoli, poichè le incisioni, al momento dell'espulsione del feto, possono prolungarsi verso l'alto, con quali terribili conseguenze ognuno può immaginare.

Taluno propone anche il taglio cesareo vaginale, ma in realtà tale metodo è poco usato e credo poco consigliabile per la difficoltà che presenta talora a frenare una eventuale emorragia dovuta a lesione dell'arteria uterina.

Oltre alla dilatazione del collo uterino, dovendo sempre introdurre la mano e tavolta anche il braccio per interventi manuali intrauterini si rende necessaria anche la dilatazione della vulva e vagina, onde evitare estese lacerazioni perineali nel momento dell'espulsione della testa, anche tali manovre, pur senza fallo necessarie, hanno la proprietà di prolungare di molto l'atto operativo.

Dilatate la vulva, la vagina, il collo e la bocca uterina, l'atto operativo non è ancora compiuto, necessita pur anco l'estrazione manuale o strumentale del feto e della placenta; l'applicazione del forcipe cioè od il rivolgimento: si praticherà l'applicazione del forcipe quando la testa sarà molto abbassata e si avrà avuta una pregressa colata delle acque, quando invece le membrane sono ancora integre e la testa mobile si ricorrerà al rivolgimento interno.

Nei singoli tempi del rivolgimento si incontrano spesso difficoltà e complicanze: nel primo tempo possono insorgere difficoltà al passaggio della mano, per angustia della regione vulvovaginale, e ciò specialmente nelle primipare attempate; nel secondo tempo si incontrano difficoltà quando occorra fare il rivolgimento dopo lo scolo delle acque e l'utero sia già retratto sul corpo fetale, per cui l'evoluzione è resa più stentata, qui bisognerà agire con molta prudenza onde evitare rotture d'utero. L'evoluzione fetale può inoltre riuscire difficile per essere la parte presentata impegnata in modo che non si riesce a sollevarla, per cui le trazioni sul piede, raggiungono lo scopo opposto d'impegnare cioè vieppiù la presentazione.

Tale atto operativo oltre alle difficoltà tecniche ed ai pericoli per la madre, è molto pericoloso per il feto: infatti la mortalità fetale in tali interventi è molto elevata.

Anche il forcipe non è privo d'inconvenienti sia materni che fetali: per l'applicazione del forcipe nello scavo, esiste il pericolo dello scollamento della vagina, particolarmente se la rotazione interna devesi ottenere artificialmente col forcipe, per cui facile conseguenza può essere più tardi il prolasso vaginale ed il cistocele. Riguardo al feto talora si hanno lievi danni, quali la dipetilizzazione, l'ecchimosi, l'impronta della cucchiaia, che dopo pochi giorni scompaiono; ma in casi più gravi, di maggior pressione delle cucchiaie, si hanno fratture della teca craniana e persino esoftalmo per brusca ed eccessiva pressione, oltre a stravasi endocranici, si può avere anche paralisi transitoria per compressione del facciale; talora la compressione è tale da sacrificare l'esistenza del feto.

Non credo nemmeno sieno da prendere in considerazione quei casi di eclampsia gravidica, accompagnati da stenosi pelvica o da tumori del collo e della bocca uterina poichè in tutti questi casi è più che indicato il taglio cesareo.

Riepilogando possiamo far constatare facilmente, come tutti i mezzi che si adoperano per dilatare il collo uterino, (dilatazione manuale o strumentale) abbiamo in comune la pericolosa proprietà di favorire il trasporto dei germi, sem-

pre esistenti in vagina, nella cavità uterina, e quella di provocare abrasioni o lacerazioni più o meno estese, sempre terribili porte di entrata dell'infezione puerperale.

Di fronte alle difficoltà ed ai pericoli che s'incontrano praticando lo sgravio con i mezzi sopra elencati, a quali pericoli ed a quali difficoltà andiamo incontro ricorrendo al taglio cesareo?

Per quanto riguarda la durata dell'atto operativo, che come sappiamo nel caso nostro è da tenersi in prima considerazione, il taglio cesareo è certo mezzo rapidissimo, infatti il mio maestro, chirurgo primario, dott. Luigi Rieppi, operatore meraviglioso per rapidità e precisione, compie tale atto operativo, sempre in meno di venti minuti, ed anche un chirurgo di pratica modesta, come il sottoscritto, può compiere bene l'atto operativo in mezz'ora.

L'unico pericolo realmente grave, cui ci esponiamo praticando il taglio cesareo, è quello di una peritonite da infezione della cavità uterina; attualmente però gli interventi laparatomici sono molto famigliari ai pratici ed in questi ultimi decenni i progressi della tecnica operatoria, dell'asepsi e dell'antisepsi, devono consigliare, anche in questi casi, l'apertura del peritoneo con discreta facilità e sicurezza. Del resto per avere una maggiore tranquillità a tale riguardo, prima di passare al taglio cesareo sarà bene praticare una buona disinfezione della vagina, con lavacri e detersioni della mucosa a mezzo di batuffoli di garza impregnati di alcool denaturato e di soluzione fenica al 5 %.

Praticata la laparatomia sottoombelicale mediana, si esteriorizza l'utero, quindi si pratica l'incisione delle pareti dello stesso: quanto al metodo, è preferibile l'incisione trasversale sul fondo, primo perchè ci garantisce maggiormente l'asetticità per la lontananza dal focolaio infettivo della vagina, poi anche perchè conserva alla donna la possibilità di nuove gravidanze ed è quindi chirurgicamente il metodo più corretto.

Estratto il feto e la placenta, si passa alla sutura a strati delle pareti uterine, in duplice strato quello muscolare con punti staccati, con sutura continua molto fitta lo strato sieroso.

Si chiudono quindi le pareti addominali col solito sistema.

In confronto agli altri metodi ostetrici, il taglio cesareo nell'eclampsia gravidica ci dà i seguenti vantaggi:

a) Una relativa facilità dell'atto operativo.

b) La rapidità con la quale lo sgravio può essere effettuato.

c) La sicurezza di evitare lesioni gravi ai genitali interni ed esterni della madre.

d) La maggiore probabilità di salvezza del feto, infatti nei casi di eclampsia gravidica, più che in tutti gli altri casi, il feto ha bisogno di uscire alla luce il più rapidamente possibile, poichè sempre si trova in un certo grado di intossicamento, causato dalle sostanze tossiche in circolo nell'organismo materno.

Dopo quanto si è detto concludiamo affermando che, quando la paziente si trovi in ambiente adatto, clinica, ospedale o casa di cura, quando non esista alcuna dilatazione, membrane integre, si dovrà sempre preferire il taglio cesareo conservatore agli altri comuni mezzi ostetrici.

CASISTICA.

CASO I. — D. M. Carmen, a. 21, da Adegliacco. Entra in reparto il 28 giugno 1925. Primipara, gravidanza a termine.

Durante la notte, dopo una giornata temporalesca, fu colpita da violenti accessi eclampsici che si ripeterono sette volte con intensità sempre maggiore.

Stato presente: soggetto normale, edemi alle gambe, albuminuria.

All'esplorazione si riscontrano membrane rotte, collo scomparso, dilatazione di 6 cm., testa impegnata nello scavo.

(Operatore: dott. LUIGI TOMASI).

Riscontrate tutte le indicazioni è decisa l'applicazione di forcipe che riesce perfettamente; si estrae un bambino a termine, vivo e vitale, quindi la placenta, senza provocare alcuna lacerazione.

Dopo lo sgravio non si rinnovarono gli accessi eclampsici, in sesta giornata l'albumina era scomparsa, ed in decima giornata la paziente fu dimessa guarita col bambino vivo e vitale.

CASO II. — F. Lucia, a. 35, da Pagnacco. Entra in reparto il 16 ottobre 1925. Primipara, gravidanza in 9° mese. Mentre lavorava in campagna, poche ore prima dell'ingresso in ospedale, fu colpita da convulsioni.

Stato presente: forte albuminuria, incoscienza.

All'esplorazione si riscontra collo rigido e nessuna dilatazione, si percepisce nettamente il doppio battito fetale.

(Operatore: dott. LUIGI TOMASI).

Date le chiare indicazioni del caso, si decide di praticare tosto il taglio cesareo addominale. L'operazione ha esito brillante, si estrae un bambino di sesso maschile, vivo e vitale: dopo l'intervento non si rinnovarono gli accessi eclampsici, ed in pochi giorni anche l'albumina scomparve.

In quindicesima giornata la paziente è dimessa guarita per primam col bambino vivo e vitale.

CASO III. — B. Elvira, a. 26, da Paderno. Entra in reparto il 3 dicembre 1925. Gestante a termine, in sopraparto da tre giorni; presenta edemi agli arti inferiori, albuminuria.

All'esplorazione presenta dilatazione di appena due dita, feto mobile allo stretto superiore. Dopo un accesso eclampsico fortissimo perdette la coscienza.

(Operatore: chirurgo prim. dott. LUIGI RIEPPI).

Laparotomia sottoombelicale mediana, taglio cesareo conservatore. Si estrae un bambino vivo e vitale: però gli accessi eclampsici si rinnovarono con insistenza sempre maggiore e la paziente, nonostante tutte le cure del caso (iniezioni di veratrum viridis, di canfora ed ipodermoclisi), morì il giorno successivo all'operazione.

CASO IV. — P. Virginia, a. 23, da Feletto Umberto. Entra in reparto il 20 ottobre 1921; è gravida in sesto mese. Venti ore prima dell'ingresso in ospedale, fu colta improvvisamente da convulsioni accompagnate da perdita della coscienza; tali accessi convulsivi si ripeterono molte volte.

Stato presente: grave albuminuria, doppio battito fetale regolare.

All'esplorazione si percepisce collo chiuso e rigido.

(Operatore: chirurgo prim. dott. LUIGI RIEPPI).

Laparotomia sottoombelicale mediana: taglio cesareo, sul fondo dell'utero, si estrae un bambino vivo, che però muore poche ore dopo l'atto operativo per immaturità. Si praticano alla paziente iniezioni di veratrum viridis, di canfora ed ipodermoclisi: gli accessi non si ripeterono più, in ottava giornata l'albuminuria era scomparsa. In quindicesima giornata la paziente è dimessa dal reparto completamente guarita, per primam.

CASO V. — S. Ines, a. 21, da Povoletto. Entra in reparto il giorno 8 agosto 1921. Primipara, gestante a termine. Da otto ore colpita da violenti accessi eclampsici che si ripeterono con violenza e frequenza sempre maggiori.

Stato presente: albuminuria notevole, incoscienza.

All'esplorazione si percepisce una dilatazione di circa sei centimetri; testa nello scavo, acque colate.

(Operatore: chirurgo prim. dott. LUIGI RIEPPI).

Date le chiare indicazioni del caso è praticata l'applicazione del forcipe che permette di estrarre un bambino a termine vivo e vitale, espulsione spontanea della placenta. Iniezioni di veratrum viridis. La paziente è dimessa dal reparto, completamente guarita, in decima giornata, col bambino vivo e vitale.

CASO VI. — D. Anna, di a. 40, da Faedis. Entra in reparto il 7 novembre 1922. Pluripara, gravida in ottavo mese. I famigliari riferiscono che la paziente durante la giornata fu colpita a varie riprese da assalti convulsivi accompagnati da perdita della coscienza che perdura anche al momento dell'esame: albumina presente in grande quantità, edemi agli arti inferiori.

All'esplorazione si nota: sacco integro, dilatazione di due centimetri; battito fetale normale.

(Operatore: chirurgo prim. dott. LUIGI RIEPPI).

Laparotomia sottoombelicale mediana, taglio cesareo sul fondo dell'utero: si estrae una bambina viva non a termine e la placenta. Gli accessi si ripeterono ancora alcune volte e lo stato d'incoscienza durò alcuni giorni. Si praticarono numerose iniezioni di veratrum viridis, di canfora ed ipodermoclisi.

La paziente uscì dall'ospedale in quindicesima giornata guarita per primam, con la bambina viva: al momento dell'uscita persisteva ancora leggerissima albuminuria.

CASO VII. — D. B. Primavera, di a. 17, da Udine. Entra in reparto il 15 novembre 1922. Primipara, gravidanza a termine: nel pomeriggio fu colpita improvvisamente da convulsioni tonico-cloniche, perdita di coscienza, anuria.

All'esplorazione si percepisce dilatazione completa, testa in vagina, sacco rotto.

(Operatore: chirurgo prim. dott. LUIGI RIEPPI).

Applicazione di forcipe con estrazione di un bambino a termine di sesso femminile vivo e vitale. Secondamento normale.

Dopo l'atto operativo la paziente non ebbe più accessi; dieta lattea, iniezioni di veratrum viridis, di canfora. In sesta giornata l'albuminuria era scomparsa. In decima giornata la paziente è dimessa completamente guarita con la bambina viva e vitale.

CASO VIII. — C. Olga, di a. 19, da Udine. Entra in reparto il 5 settembre 1925. Primipara, gravidanza in ottavo mese. Dieci ore prima dell'ingresso in reparto, fu colpita da convulsioni che si ripeterono parecchie volte.

Stato presente: albuminuria notevole, battito fetale normale, sacco integro, dilatazione di due centimetri.

(Opera il chirurgo primario dott. LUIGI RIEPPI, assistito dal dott. LUIGI TOMASI).

Laparotomia sottoombelicale mediana, taglio cesareo conservatore: si estrae un bambino vivo non a termine, di sesso maschile. Gli accessi si ripeterono ancora ma sempre più lievi ed in terza giornata scomparvero. Si praticarono le solite iniezioni. Guarigione per primam. In quindicesima giornata si dimette la paziente completamente guarita col bambino vivo.

CASO IX. — T. Gemma, di a. 20, da Feletto Umberto. Entra in reparto il 5 settembre 1925. Primipara, gestante in ottavo mese. Da oltre venti ore è colpita da accessi convulsivi eclampsici, entra in reparto in stato preagonico, respiro stertoroso, cianosi molto intensa, estremità fredde, incoscienza completa.

L'operatore (chirurgo prim. dott. LUIGI RIEPPI assistito dal dott. LUIGI TOMASI) decide d'intervenire, con l'intenzione di eseguire per lo meno il taglio cesareo *su donna morta*.

L'azione del cloroformio e l'atto operativo ebbero esito veramente meraviglioso, poichè la donna addormentata riacquistò respiro, colorito e calore normali. Si estrae un bambino vivo non a termine che morì poche ore dopo l'atto operativo. Dopo operata per alcuni giorni la paziente fu ancora colpita da convulsioni però sempre meno gravi; si praticarono iniezioni di veratrum viridis, di canfora ed ipodermoclisi. In quindicesima giornata la paziente fu dimessa guarita per primam.

CASO X. — F. Rita, di a. 29, da Udine. Entra in reparto il 10 ottobre 1925. Primipara, gestante in ottavo mese, da alcune ore è colpita da accessi eclampsici.

Presenta albuminuria notevole, edemi alla faccia ed agli arti.

All'esplorazione si riscontra: collo rigido, nessuna dilatazione, il battito fetale regolare.

L'operatore (chirurgo primario dott. LUIGI RIEPPI assistito dal dott. LUIGI TOMASI) decide d'intervenire ricorrendo al taglio cesareo ed estrae un bambino di sesso maschile, vivo, che però, data la sua immaturità, muore poche ore dopo l'operazione.

La paziente non ebbe più accessi dopo l'intervento e quattro giorni dopo l'albuminuria era scomparsa. In quindicesima giornata la paziente fu dimessa completamente guarita per primam.

CASO XI. — C. Maria, di a. 40, da Gonars. Entra in reparto il giorno 8 giugno 1925; era stata colpita da accessi convulsivi eclampsici dieci ore prima dell'ingresso in reparto. Pluripara, gestante a termine.

Presenta albuminuria e gravi edemi agli arti inferiori.

All'esplorazione si percepisce poca dilatazione, membrane integre, testa mobile allo stretto superiore.

(Operatore: chirurgo primario dott. LUIGI RIEPPI assistito dal dott. LUIGI TOMASI).

Laparotomia sottoombelicale mediana, taglio cesareo conservatore, si estrae un bambino di sesso maschile vivo e vitale.

Dopo l'atto operativo cessarono tosto le convulsioni; l'albumina scomparve in decima giornata. In quindicesima giornata la paziente è dimessa guarita per primam, col bambino vivo.

CASO XII. — F. Maria, di a. 29, da Udine. Entra in reparto il 20 marzo 1925. Pluripara, gravidanza in ottavo mese, da alcune ore è colpita da violenti accessi convulsivi e si trova in stato di completa incoscienza. Notevole albuminuria, collo chiuso e rigido, membrane integre, doppio battito fetale normale.

(Operatore: chirurgo primario dott. LUIGI RIEPPI assistito dal dott. LUIGI TOMASI).

Laparotomia sottoombelicale mediana, taglio cesareo conservatore, si estrae un bambino di sesso maschile, vivo, non a termine.

Dopo l'atto operativo le convulsioni si ripeterono, sempre però con intensità minori, ancora per due giorni. Iniezioni di veratrum viridis e di canfora. L'albumina in sesta giornata era scomparsa, in quindicesima giornata la paziente fu dimessa dall'ospedale, completamente guarita, con bambino vivo.

Follina (prov. Treviso), 20 agosto 1926.

COMMENTI.

Ancora sulla pleuro-pneumolisi a cielo aperto.

Il prof. Solieri ha replicato al prof. Leotta (vedi fasc. 8), insistendo nelle sue idee ma senza aggiungere fatti che spostino o rischiarino la discussione.

Non crediamo di dare sèguito alla polemica, che per noi è chiusa.

LA REDAZ.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

La febbre psicogena.

(F. DEUTSCH. *Mediz. Klinik*, 1926, n. 32).

L'influenza dei processi psichici sulla temperatura del corpo è già stata segnalata da tempo. È noto che nelle neurosi vasomotorie si hanno durevoli aumenti di temperatura; così pure sono state osservate, in individui neuropatici, delle oscillazioni di temperatura fra 37°,3 e 37°,8. Anche il lavoro muscolare come anche le impressioni emotive possono provocare aumenti di temperatura in individui vaso-labili. È interessante l'autoosservazione di Mosso che, dopo l'annunzio di una notizia che gli dava piacere, notò un aumento di 0°,9 nella temperatura rettale.

L'A. intende qui studiare quali siano le sorgenti di tali aumenti di temperatura, in quali punti facciano presa le eccitazioni psichiche, di che natura esse siano e quali vie seguano per provocare il disturbo dell'equilibrio calorico. Sotto questo punto di vista, due teorie tengono il campo, quella che fa dipendere gli aumenti di temperatura dai processi vasomotori e quella invece che li mette sotto il dominio dei centri cerebrali calorici.

Ammesso che la regolarizzazione di tutti i processi organici dipenda dall'attività ordinata e dall'equilibrio psichico, ne consegue che un apparato psichico che lavora male deve deviare il corso normale dei processi organici, conducendo a disturbi del tutto simili a quelli provocati da cause organiche. Ciò vale indubbiamente anche per la regolarizzazione del calore. Rimane soltanto da discutere se i punti di attacco dei disturbi psicogeni sono gli stessi che quelli dei disturbi di origine organica e se gli elevamenti di temperatura, senza disturbi primari della regolarizzazione del calore, siano da considerarsi come vera febbre.

La vera febbre è dovuta ad anormale funzione dei centri che, pur mantenendo in ordine l'economia calorica, la tengono ad un livello più alto che in condizioni di salute, inviando ai centri di produzione del calore degli impulsi che si manifestano con maggiore produzione di calore. Questa è una funzione di tutte le cellule del corpo, ma specialmente di quelle delle ghiandole digerenti, del fegato e dei muscoli.

Ora, la febbre corrisponde ad una maggiore funzionalità degli organi, ciò che non significa che la maggiore funzionalità degli organi stessi decorra sempre con febbre; in questa, il lavoro degli organi viene in massima parte trasformato

in calore, mentre diminuisce il lavoro specifico, per mezzo di impulsi che provengono dal centro calorico e che agiscono poi per via dei nervi e delle ghiandole endocrine (tiroide, surreni, ipofisi).

In tal modo, si ottengono aumenti di temperatura che sono dovuti: 1) a produzione normale di calore, con diminuita dispersione; 2) ad aumento di produzione con dispersione normale; 3) ad aumento di calore, non compensato da corrispondente dispersione. La regolarizzazione del calore si fa in tali casi ad un livello più alto che il normale.

Non vi è nessun bisogno che la causa nociva, che provoca la febbre, sia di natura tossica. Anche soltanto i momenti psichici aumentano il ricambio materiale per mezzo dei vasomotori e delle ghiandole endocrine. Con l'aumento dei pro cessi di ossidazione, si ha anche una maggior produzione di calore, che di regola è troppo scarsa per produrre la febbre, in quanto che i poteri termoregolatori arrivano a compensare il maggior calore prodotto. Per la produzione di febbre è necessario l'intervento di qualcuno dei fattori sopra indicati. Ma l'importante è soprattutto ammettere che anche i fattori psichici possano agire come quelli puramente materiali sul processi organici.

Non mancano però delle differenze. Anzitutto si deve considerare che gli eccitamenti psichici arrivano sulla corteccia cerebrale. Di qui si può avere un'influenza diretta sul centro termoregolatore che, a sua volta, manda gli impulsi direttamente agli organi produttori di calore oppure ai vasomotori. Oppure l'eccitamento può andare dalla corteccia alle ghiandole endocrine e, di qui, ai luoghi di produzione del calore. È probabile che nella febbre psicogena, la parte più importante sia dovuta all'eccitamento diretto della corteccia sui vasomotori.

Nella febbre psicogena predomina il fattore del disturbo nella dispersione del calore, probabilmente per l'azione sui vasomotori, che porta ad un restringimento dei vasi periferici e, quindi, ad un accumulo di calore all'interno. È invece eccezionale l'aumento di produzione di calore con dispersione normale.

Dal confronto fra la febbre vera e quella psicogena, si deduce che esse, nonostante qualche differenza nei particolari, sono sostanzialmente analoghe. Ciò è anche dimostrato dal fatto che, in pazienti con febbre vera, da malattia organica accertata, si può ottenere una diminuzione di temperatura (da alcuni decimi fino ad un grado) per mezzo della suggestione; trattasi, evidentemente, di individui facilmente suggestionabili. Così, in una paziente con spondilite, si potè ottenere con la ipnosi profonda un abbassamento di temperatura da 38°,4 a 37°,3.

Del resto l'esperienza giornaliera ci insegna che, alla stessa malattia, i diversi individui reagiscono con temperature diverse; quelli più eccitabili hanno più facilmente febbri che gli altri. E non si deve dimenticare che l'eccitabilità degli apparati endocrini e dei vasomotori è la base per le differenze di tali manifestazioni. In questo senso, sono da interpetrarsi gli elevamenti di temperatura che si osservano in individui psicolabili, dopo la scomparsa di un processo patologico che era decorso con febbre. Non è però necessario che si tratti di una causa nociva d'in dole psichica, ma basta che tutto l'apparato termoregolatore sia stato influenzato dalla malattia organica perchè i processi endopsichici possano influire sull'elevamento di temperatura. E si riesce in tali casi, mediante la sola influenza psichica, ad eliminare quegli aumenti di temperatura che sono ritenuti generalmente di vera origine organica.

Un'osservazione di questo genere viene riportata dall'A. Si trattava di una paziente 24enne, che era in cura da tempo per un'affezione polmonare e che aveva anche una neurosi isterica. Nel decorso del trattamento psichico, che non esercitò nessuna influenza sui fenomeni organici, si vide abbassarsi la temperatura. Curioso è il fatto, bene rilevabile dalla grafica, che la temperatura, già ricondotta alla norma, si elevava (a circa 37°,8) in determinati giorni; si può parlare in tal caso di « febbre domenicale », che appunto si osservava in tal giorno, quando, cioè, la paziente mancava del trattamento medico. Chi ha pratica di psicoterapia, del resto, conosce bene questi fatti e la grande importanza che hanno i rapporti fra medico e paziente. Anche nei malati organici, il solo inizio della ricerca psichica contribuisce a far diminuire lo stato ansioso ed esercita, di conseguenza, un'influenza visibile sui sintomi. E l'influsso del medico è tale che i pazienti reagiscono alle brevi pause del trattamento con un peggioramento dei sintomi.

Invece, in un altro caso dell'A. con un'oscura affezione apicale, nel quale durante i giorni del trattamento si provocavano dei conflitti psichici che davano degli stati ansiosi, si avevano altresì degli aumenti di temperatura. Si trattava di una paziente 19enne, molto eccitabile con temperature verso i 38°,3, che non erano in rapporto con i fenomeni clinici, del tutto scarsi. Con l'ipnosi si erano ottenuti abbassamenti fino a 37°,3, e dei miglioramenti subbiettivi. I tentativi di trattamento psichico allo stato di veglia facevano salire la temperatura fino a 37°,6.

Degno di rilievo in questo caso è il fatto che, al contrario di quanto avviene normalmente, la temperatura della bocca era di 3 decimi più bassa che quella dell'ascella, pure compiendosi la respirazione a bocca chiusa. Questa differenza è spiegabile col fatto che l'eccitazione psichica portava, per mezzo dei vasomotori, la dilatazione vasale alla periferia, sicchè la cute veniva irrorata maggiormente che non le mucose.

Naturalmente, non si deve attribuire il meccanismo della « febbre psicogena » alla sola vasodilatazione. Interviene anche qui l'aumento del ricambio materiale, come nella febbre vera; soltanto che in quest'ultima l'eccitazione del centro calorico è da ritenersi secondaria, mentre nella febbre psicogena è primaria.

Dalle osservazioni riportate (che sono state rigorosamente controllate) e dalle esposte considerazioni, si viene alla conclusione che la « febbre psicogena » non può essere negata. Ora, l'osservazione clinica dimostra che i pazienti che vi possono andar soggetti hanno uno spiccato bisogno di caldo che, fino dalla puerizia, è andato accompagnato alla incapacità di adattarsi alle differenze fra temperatura interna ed esterna. Se, in questa costellazione psichica, si aggiungono delle eccitazioni psichiche capaci di aumentare il ricambio, e quindi la produzione di calore, si avrà che le differenze di temperatura diventano sempre più insopportabili. I processi di difesa dell'organismo intervengono allora per allontanare la sensazione spiacevole; si stabilisce allora, per abbassare la temperatura, la dilatazione vasale e la maggiore irrorazione della cute. In tali condizioni, se non cessa lo stato di eccitazione psichica che aumenta il ricambio, si stabilisce un circolo vizioso, per cui la regolarizzazione del calorico si compie ad un livello più alto che di norma.

Questi pazienti, per ragioni organiche e psichiche, sono incapaci di adattarsi alla temperatura esterna. In essi però si può sempre ritrovare una costellazione psichica che è la condizione primaria per il disturbo calorico. Dalle profondità dell'incosciente, essa può venire risvegliata per mezzo di idee strettamente connesse con il bisogno di calore, tali che la loro comparsa provochi le sensazioni caratteristiche del bisogno inappagato di calore. Quando in questi pazienti si stabiliscono delle condizioni psichiche che ricordano in certo modo delle situazioni connesse con una forte perdita di calore, il paziente avverte una sensazione di malessere, di freddo, di brivido. Queste rappresentazioni psichiche sono in rapporto o con l'esperienza generale, a cui l'individuo per la sua particolare disposizione ha reagito abnormemente, oppure con l'esperienza individuale che viene ripetuta nel ricordo delle stesse reazioni. La mobilizzazione di queste tracce di ricordi e delle relative reazioni può aversi anche sperimentalmente.

Si deve quindi ammettere una dipendenza psico-fisica, che permette la spiegazione psicologica della genesi della febbre psicogena.

FILIPPINI.

Esiste la febbre da alimentazione, da sete e da grida?

(H. RIETSCHEL. *Münch. med. Woch.*, 3 dic. 1926).

L'aumento di temperatura non è tutta la febbre, la quale consiste essenzialmente in un disturbo centrale. Si deve quindi distinguere da questa, l'ipertermia, che può aversi per cause puramente fisiche, quali l'impedita dispersione di calore, per un riscaldamento dall'esterno, oppure per una sopraproduzione di calore nell'interno, nell'esagerato lavoro fisico, come è stato dimostrato da Zuntz (e particolarmente dal Mosso, nelle ascensioni alpine. N. del Red.).

Si ammette ora, da qualche tempo, che nel poppante, in conseguenza dell'alimentazione, della sete e delle grida, si abbia un'ipertermia fisico-dinamica.

Se in un poppante, con giusta alimentazione e che cresce normalmente, si sostituisce una parte (8-10 %) degli idrati di carbonio e dei grassi con quantità isodinamiche di albumina, si ha rapidamente un aumento di temperatura, che scompare però quando si somministri una certa quantità di acqua, oppure si levi il soprappiù di albumina. L'aumento si ha tanto più facilmente per quanto più l'alimentazione è ricca di siero; basta la sostituzione del latte di vacca con quello di donna (più povero di siero e di albumina) perchè talvolta l'aumento non si verifichi.

Questo fenomeno era stato attribuito ad un'azione tossica dell'albumina. Basta vedere il bambino durante l'esperimento per convincersi del contrario; esso è inquieto, grida, si succhia le dita, ha un senso manifesto di sete, beve avidamente, ma non dimostra per nulla uno stato tossico di disseccamento; è inoltre sorprendente il rapido ritorno allo stato normale quando si dia dell'acqua in quantità sufficiente.

L'A. invece ha dimostrato che questo aumento di temperatura è dovuto alla quota specifico-dinamica dell'albumina. I fisiologi hanno dimostrato che la produzione di calore è più rapida con l'albumina che con i grassi ed i carboidrati; ora, se l'organismo non ha a sua disposizione la necessaria quantità di acqua per opporsi a tale accumulo di calore, si ha l'ipertermia senza nessun fenomeno tossico. L'ipertermia è poi favo-

rita dal lavoro muscolare, per le grida continue del bambino in tale stato.

L'A. ha dimostrato che il fenomeno dell'ipertermia si può avere anche nell'adulto, fornendo ad individui giovani che si trovavano ad una dieta di 2300-2500 calorie, del plasmon (g. 320) ed aumentando l'acqua da 1500 a 1650 cmc. Si provoca in tal modo, con sensazione di caldo alla pelle, forte irrorazione sanguigna di questa, senso di congestione alla testa, secchezza delle mucose e sete intensa, un aumento di temperatura (rettale) che va fino a 38°,9. La somministrazione rapida di forte quantità di acqua (2 litri) provoca un profuso sudore ed abbassa rapidamente la temperatura alla normale.

Esiste dunque un'ipertermia da alimentazione anche nell'adulto, il quale avverte, oltre al senso di calore, anche delle sensazioni incomode. Ciò, del resto, concorda con l'osservazione comune del senso di calore che si ha dopo un pasto copioso di carne, specialmente se si bevono anche degli alcoolici. È importante notare che durante tali esperimenti, si ha una maggiore eliminazione di urina ed aumenta la perspiratio insensibilis (da 1000, si sale a 1600), per cui l'organismo viene deacquificato; la maggiore diuresi sta in rapporto con una maggiore eliminazione di urea.

Ma anche con dosi basse di albumina (100 g. di plasmon) si possono avere tali fenomeni quando si impedisca la dispersione di calore, tenendo l'individuo in un bagno a temperatura costante di 36°,8-37°; si ha subito aumento di temperatura (fino a 38°,2) e della frequenza del polso (fino a 110) e del respiro (fino a 30); profuso sudore, senso di pressione alla testa, cefalea, sete intensa.

L'ipertermia può ottenersi anche dando semplicemente dell'urea in quantità di 10-15 grammi al giorno (*sic*) a dei poppanti; dopo circa due giorni, si ha l'ipertermia che manca se si dà una quantità sufficiente di acqua. Nell'adulto tenuto in bagno (impedita dispersione di calore), l'ipertermia (fino a 38°) si ottiene con la somministrazione di un pasto senza albumina, ma composto di burro, pane, alcool.

Trattasi in questi casi non già di vera febbre, ma di ipertermia, che non può essere compensata da una sufficiente dispersione di calore.

Febbre da sete. — È noto da tempo in pediatria che si possono provocare aumenti di temperatura privando il bambino di acqua; lo stesso fatto può anche verificarsi per l'adulto. Per quanto riguarda quest'ultimo, sono interessanti le osservazioni di Jürgensen di due malati sottoposti alla cura di sete, ai quali si davano carne (ad uno 170, all'altro 340 grammi), vino (350 cmc.), e panini molto secchi *ad libitum*. Durante questa « cura », durata sei giorni, gli individui diminuirono di 4 kg. e, verso la fine, soffrirono non poco per la sete; man mano si ebbero aumenti di temperatura, per lo più serotini, che arrivarono fino a 40° e furono più notevoli nell'individuo che prendeva maggior quantità di carne. Ad esperimento finito, bastò la somministrazione di 200 cmc. di acqua per abbassare la temperatura di un grado. Questo esperimento eroico, che sarà bene non ripetere, dimostra l'esistenza di una vera febbre da sete anche nell'adulto.

Questa febbre si può manifestare anche con una sete relativa, a seconda dei rapporti che le sostanze ingerite hanno con l'acqua; si ha cioè più facilmente somministrando sostanze minerali avide di acqua ed albumina. L'esperienza dell'alimentazione concentrata in pediatria dimostra che quando essa è prevalentemente albuminoide ed accompagnata da somministrazione di acqua in quantità inferiore di 80 grammi per kg., si ha facilmente la febbre, che è analoga all'ipertermia da albumina ed è di origine fisica. I tessuti, cioè, per la sete interna, trattengono il più possibile l'acqua e diminuisce così la dispersione di calore; inoltre i tessuti tendono ad attaccare i grassi ed il glicogeno per formare dell'acqua (di ossidazione), ciò che fa aumentare la temperatura. Non è invece verisimile l'altra ipotesi che cioè, in causa della relativa sottrazione d'acqua ne venga ad essere turbata la funzione del fegato e dell'intestino, sicchè si formino delle sostanze piretogene (amine biogene) che, entrando in circolo turberebbero l'apparato termoregolatore.

Nel poppante entra poi un altro fattore per determinare la ipertermia, cioè le grida. Si ha cioè la *febbre da grida*. È noto che il lavoro muscolare esagerato porta ad una ipertermia. Le esperienze di Zuntz (e soprattutto quelle di Mosso; N. d. Red.), hanno dimostrato i notevoli aumenti di temperatura che si hanno in individui che fanno ascensioni alpine. Nei soldati che marciano incolonnati sotto il sole cocente, si può arrivare fino a 39°-40°, specialmente se la dispersione del calore è difficile, la sete non è soddisfatta e si dà una alimentazione ricca.

Nel poppante sano, il lavoro muscolare è assai scarso; lo stesso non può dirsi per il poppante malato, inquieto che grida continuamente, sottoponendo ad intensiva tensione tutta la muscolatura del corpo. In tal modo, si ha un aumento del metabolismo che può arrivare fino al 210 %. La temperatura può elevarsi a 37°,6. Questa ipertermia da grida, ben nota alle madri ed ai buoni pratici, non è considerata nei trattati scientifici di pediatria, ma non può essere negata e va messa accanto a quella alimentare e da sete,

nonchè a quella da sale. Entra per quest'ultima in funzione anche il fattore specifico-dinamico; con la somministrazione concentrata di sale comune, si ha una mobilizzazione dell'acqua di ossidazione, i colloidi si fondono, le ghiandole debbono secernere attivamente per diluire il sale nell'intestino; si ha quindi un richiamo di acqua dall'esterno che, se non è sufficientemente compensato da nuova introduzione, porta ad una minore dispersione di calore.

In tutti questi casi, si tratta sempre di ipertermia da momenti fisici e non già di vera febbre.

DEDUZIONI PRATICHE.

Per l'adulto l'importanza pratica di queste osservazioni è scarsa, perchè esso supplisce alla maggior richiesta di acqua con una maggiore introduzione. È importante però conoscere questi fatti per l'alimentazione dei febbricitanti, ai quali si darà una quantità minima di albumina, somministrando invece dei carboidrati e dell'acqua in abbondanza. Lo stesso Ippocrate osservava del resto che l'albumina « riscalda ».

Sarà invece necessario tener presenti questi fatti per il poppante e per il piccolo bambino. Quello allevato al seno viene in certo modo protetto, in quanto che il latte di donna è più ricco in acqua e più scarso in albumina. Subito dopo la nascita, accade talora che il bambino non si attacchi al seno, magari per qualche giorno, sicchè non prende nutrimenti nè, ciò che più conta, liquidi di sorta; si ha così un aumento di temperatura che scompare non appena si fanno ingerire dei liquidi. Il maggior pericolo si ha però nel bambino nutrito artificialmente, soprattutto quando si dà un'alimentazione concentrata, per la quale non si può disconoscere un effetto favorevole antidispeptico. Essa ha però lo svantaggio di rimanere al disotto dell'optimum di somministrazione dei liquidi e si ha così il pericolo dell'ipertermia, il quale è tanto maggiore quando il bambino si lamenta e grida e, peggio ancora, se esso ha una malattia infettiva febbrile. Purtroppo in tali casi, madre e medico spesso non distinguono se il bambino abbia fame o sete e gli si somministra del latte, che gli aumenta i disturbi, mentre spesso, la somministrazione di acqua semplice o zuccherata basta per fare abbassare la temperatura. A queste cause di danno si aggiunga spesso l'elevata temperatura dell'ambiente (estate), l'eccessiva copertura del bambino e si spiegheranno così molte ipertermie infantili.

L'esperienza clinica dimostra che il 60 % dei poppanti febbricitanti reagisce favorevolmente alla dieta idrica (acqua semplice o con carboidrati); essa è particolarmente utile nelle piurie che, nei poppanti, decorrono con febbri alte e con mancanza di appetito.

Non bisogna però credere che la somministrazione di acqua in grandi quantità sia sempre utile; vi è anche per essa un optimum che non deve essere sorpassato sotto pena di favorire degli stati dispeptici.

Certamente, il problema dell'ipertermia è molto complesso e merita di essere studiato a fondo. La ipertermia da grida del bambino può essere ravvicinata a quella del tubercolotico dopo degli esercizi fisici, in cui si può ammettere che l'ampiezza di regolazione del centro calorico viene diminuita, sicchè un determinato esercizio corporeo ha per conseguenza un tale sviluppo di calore che non può venire compensato. Unicamente a questa causa vanno attribuiti gli aumenti di temperatura che spesso si osservano nei convalescenti di tifo alla ripresa dell'alimentazione, specialmente carnea. Nei tubercolosi però possono agire altre cause, come il riassorbimento di sostanze tossiche, per cui non si può sempre dire se si tratti di semplice ipertermia o di vera febbre.

Queste osservazioni hanno, oltre che interesse pratico, anche un'importanza teoretica, portando un nuovo contributo alla dottrina della febbre alimentare.

FILIPPINI.

CIRCOLAZIONE.

Il problema dell'ipertonia essenziale.

(W. HULSE. *Münchn. med. Woch.*, n. 50, 1926).

Le ipertonie si distinguono in nefritiche ed essenziali; nelle prime ed in esse soltanto l'autore è riuscito a dimostrare la presenza nel sangue di sostanze che sensibilizzano i vasi verso l'adrenalina. I due gruppi di ipertonia sono stati anche chiamati, basandosi sull'aspetto degli ammalati, ipertonia rossa (ipertonia essenziale) ed ipertonia pallida (ipertonie nefritiche). Il pallore dei nefritici non dipende tanto da spasmi vasali quanto da vera anemia. Il colore rosso degli ipertesi essenziali dipende di solito da iperglobulia; anatomicamente tutti gli organi sono particolarmente ricchi di sangue, esiste anche una pletora vera. In questi casi la dieta priva di sale fa diminuire talvolta la pressione del sangue quasi fino alla norma. Queste alterazioni della composizione della massa del sangue determinano l'ipertensione; essi la possono però determinare soltanto se il sistema vasale ha perduto la capacità di adattarsi alle mutate condizioni del sangue.

Si tratta di alterazioni funzionali del sistema vasale; le oscillazioni però che subisce la pressione (in seguito alla deficiente capacità di regolazione dei vasi) e il grado di pressione permanentemente più alto del normale logorano prematuramente i vasi e specialmente quelli a funzione più attiva, i vasi renali. Le conseguenti alterazioni anatomiche sono specialmente marcate in casi di meiopragia funzionale del sistema vasale, quale l'ammette Volhard. Queste alterazioni vasali rendono l'ipertensione permanente: da funzionale essa diventa anatomica.

Le conseguenze ulteriori sono in rapporto con la velocità con cui si istituiscono le alterazioni vasali. In casi di meiopragia funzionale il logoramento dei vasi (invecchiamento precoce) si può istituire quasi subacutamente; gli organi colpiti non sono allora in grado di adattarsi alle alterate condizioni circolatorie, si manifestano quindi disturbi del ricambio, rispettivamente disturbi della funzione renale. Penetrano nel sangue sostanze che favoriscono gli spasmi, si sviluppa lentamente quello stesso processo che in casi di inizio acuto determina la glomerulo nefrite acuta. L'ipertonia essenziale benigna passa così all'ipertonia maligna del rene grinzo.

Se invece i vasi sono più resistenti all'aumento della pressione sanguigna essi si alterano più lentamente; i varii organi hanno il tempo di adattarsi alle alterate condizioni circolatorie. Specialmente se le alterazioni vasali si manifestano ad età avanzata quando il ricambio organico è più lento, possono mancare del tutto spiccati disturbi del ricambio ed alterazioni della funzione renale.

La vera essenza e la prima causa dell'ipertonia essenziale sarebbe quindi una alterazione del meccanismo funzionale che adatta il letto arterioso alle alterate condizioni, e specialmente alle alterazioni quantitative o qualitative del sangue. Questa anomalia avrebbe origine centrale, essa dipenderebbe cioè da una alterazione del centro della pressione, probabilmente in seguito a presenza di sostanze chimiche circolanti nel sangue.

POLLITZER.

Contributo allo studio anatomico e clinico delle endocarditi infettive.

(ROUILLARD. *Presse Médicale*, n. 3, gennaio 1927).

Le cardiopatie reumatiche con evoluzione rapidamente mortale sono più specialmente frequenti nell'infanzia e prima dei 30 anni. Non è ben nota la porta di entrata dell'infezione ma sembra abbiano molta importanza le affezioni anali e tonsillari. Le manifestazioni cliniche ordinariamente sono scarse: di rado si hanno brividi, l'anemia è poco intensa, la leucocitosi va da 15 a 20 mila, l'emocultura è negativa, la durata da poche settimane a vari mesi.

All'autopsia si riscontra talora pericardite acuta siero-fibrinosa, alterazioni del miocardio rappresentata dai noduli di Aschoff (parete dell'orecchietta sinistra ove si vedono anche zone di endocardite parietale o cicatrici fibrose). Di solito sono colpite le valvole mitraliche o aortiche, raramente la tricuspide, quasi mai la polmonare. La morte avviene per il progredire della lesione miocardica o per una infezione streptococcica terminale. Più di rado è in causa la pericardite.

Le più frequenti sono le endocarditi streptococciche sia come incidente nel corso di una setticemia acuta, probabilmente da streptococco emolitico sia come malattia lenta o subacuta dovuta allo streptococco viridans.

Nella endocardite streptococcica acuta si ha inizio brusco, febbre elevata e continua, la milza è poco aumentata di volume, talora vi è risentimento articolare, ordinariamente albuminuria, l'anemia è poco intensa, la leucocitosi meno pronunziata di quanto non avvenga delle altre endocarditi infettive. Le lesioni anatomo-patologiche sono: verruche sui margini liberi delle valvole mitraliche più di rado sulle valvole aortiche: spesso coesistono le alterazioni caratteristiche di una pregressa endocardite reumatica: il cuore destro ordinariamente è indenne.

Le endocarditi subacute da streptococco si svolgono specialmente in giovani già da tempo sofferenti di reumatismo con lesioni valvolari croniche. I sintomi principali sono: progressiva dispnea, febbre, prima modica poi intermittente o remittente talora preceduta dal brivido, piccole emorragie sottocutanee e sotto mucose, embolie delle estremità, embolie cerebrali, disturbi nervosi e mentali, milza aumentata di volume e dolente, albuminuria, talora nefrite acuta, leucocitosi poco pronunziata, anemia grave, disturbi gastrici (anoressie, nausee, vomito). Ordinariamente dopo un decorso che va da uno a cinque mesi si ha esito letale. Le lesioni anatomiche sono costituite da vegetazioni fibrinose di colore giallo grigio che si rinvengono sulle valvole aortiche e mitraliche, sui tendini e sui pilastri e placche di endocardite parietale sulla faccia interna della orecchietta sinistra. Se i sintomi ascoltatori sono netti e la emocultura positiva, la diagnosi è facile ma se la lesione valvolare decorre silenziosa sarà da pensare alla endocardite lenta solo nel caso che alla emocultura si sia riscontrato *più volte* il viridans.

L'endocardite pneumococcica si riscontra solo negli adulti ed ha una evoluzione acuta e rapida. Segue ordinariamente ad una polmonite grave.

Tra i sintomi sono specialmente importanti la febbre elevata che è preceduta da brivido, i fenomeni articolari, l'albuminuria, la leucocitosi (15-30,000). La durata è di circa un mese, la prognosi grave: di solito viene leso l'orificio aortico ove si riscontrano vegetazioni voluminose, friabili ed ulcerazioni che portano alla perforazione dei veli valvolari; abbastanza frequentemente nel miocardio si riscontrano ascessi.

Le endocarditi da stafilococco aureo in generale sono una manifestazione latente nel decorso di una setticemia grave. Esse hanno un inizio acuto con febbre elevata preceduta da brivido, stato generale grave, artralgie, albuminuria, leucocitosi elevata. Frequenti sono le embolie che determinano ascessi miliarici nei più vari organi. Nei casi che vengono rapidamente a morte si hanno lesioni valvolari poco estese, in quelle a decorso più lungo queste lesioni presentano una maggiore entità.

L'endocardite gonococcica presenta una evoluzione rapida la cui durata oscilla tra due settimane e dieci mesi e la prognosi è assai grave, l'inizio è brusco, la febbre è elevata, ha carattere remittente o intermittente, artralgie, albuminurie, anemia grave (16-26000) a prevalenza polinucleare. Anatomo-patologicamente si riscontrano ascessi o focolai di infiltrazione leucocitaria nel miocardio, segni di endocardite, vegetazioni voluminose giallastre, ulcerazioni con distruzione delle valvole, più spesso a carico delle valvole aortiche, ma anche nelle polmonari il che costituisce il carattere particolare delle endocarditi gonococciche.

Altre forme di endocardite sono dovute a bacilli piccoli, gram negativi simili al bacillo di Pfeiffer isolati o dal sangue o all'autopsia dalla superficie delle lesioni endocardiche: in casi eccezionali sono stati messi in evidenza il bacillo di Eberth, l'enterococco, il piocianico.

PALLADINI.

PANCREAS.

Ascesso del pancreas con esito in fistola. Studio delle secrezioni esterna ed interna del pancreas.

(MOCQUOT, JOLTRAIN e LAUDAT. *Revue de méd.* Paris, 1926, n. 7).

Gli AA. trattano di un caso di pancreatite suppurata, misconosciuta anche dopo un intervento operatorio eseguito dopo diagnosi di colecistite suppurata di probabile origine calcolosa.

Nel pus furono trovati solamente colibacilli. Residuò una fistola pancreatica con abbondante scolo di secrezione ghiandolare, che permise la diagnosi di sede dell'ascesso. Un secondo intervento e l'autovaccino colibacillare ebbero ragione dell'affezione; la malata, rivista a varie riprese sino a due anni e mezzo più tardi, guarì completamente.

A parte l'interesse chirurgico del caso, derivante dalle difficoltà diagnostiche, e dalle considerazioni sull'efficacia della terapia chirurgica (apertura e drenaggio), combinata a quella vaccinica, il caso offrì agli AA. la maniera di seguire il comportamento fisio-patologico del pancreas nei riguardi delle secrezioni esterna e interna di esso.

La secrezione era nella quantità media giornaliera di 250-350 cc.; scarsa nella notte e a digiuno, aumentava dopo un'ora dal pasto, era più attiva dopo ingestione di idrati di carbonio, e di acidi (succo di limone) e di grassi (burro fuso), che non dopo ingestione di carne e di alcalini (acqua di Vichy).

Il potere saccarificante era assai elevato, la saponificazione dei grassi si compieva normalmente: le albumine si trasformavano in albumose, quindi esisteva potere proteolitico, sebbene limitato: poichè si sa che di regola il succo pancreatico non contiene che tripsinogeno e manca di potere proteolitico, bisogna ammettere che il liquido in esame contenesse erepsina o enterokinasi dei succhi intestinali, oppure che fosse attivato dal pus o dalle tossine colibacillari.

Prove fatte sulla utilizzazione del glucosio, permisero di vedere che la soglia di eliminazione del glucosio era aumentata, poichè con glicemie di gr. 2.02 e 2.15 non si aveva glicosuria.

La glicemia, normale o poco superiore alla norma a digiuno, aumentava considerevolmente (da 1.27 a 2.15 in una delle determinazioni) dopo un'ora dall'ingestione di 100 gr. di glucosio in soluzione acquosa.

Questo comportamento si mantenne anche dopo due anni e mezzo dalla guarigione. Per eliminare il dubbio che il rene intervenisse nella modificazione della soglia, si determinarono l'azotemia (0.38) e la costante di Ambard (0.15). La permeabilità renale era quindi diminuita, e ciò poteva spiegare l'aumento della soglia.

L'utilizzazione dei grassi fu soddisfacente, la loro scomposizione normale. Un anno dopo, si aveva una utilizzazione dei grassi un po' meno perfetta, ma la scomposizione seguitava ad essere completa. L'aumento della lipemia e della colesterinemia dopo ingestione di grassi fu quello abituale.

In conclusione, la perdita di succo pancreatico dalla fistola parve non influire gran che sulle funzioni generalmente attribuite al pancreas.

GARRONE.

A proposito delle fistole pancreatiche d'origine traumatica.

(R. COURBOULÈS. *Rev. de Chir.*, n. 2, 1926).

Tutte le lesioni del pancreas sieno infettive che traumatiche sono capaci di dar luogo a fistole; ma è opportuno distinguere le fistole successive a un intervento su ghiandole già ammalate da quelle che si producono in una ghiandola sana in piena attività funzionale dopo un trauma violento sulla regione addominale.

L'A. tratterà di queste, che distingue a loro volta in due categorie: quelle sulle quali il trauma lede il solo pancreas; in queste la lesione passa quasi inavvertita in un primo momento, per manifestarsi, poi, sotto forma di pseudocisti post-traumatica del pancreas, che si trasformerà in fistola in seguito ad intervento su di essa; e quelle nelle quali le contusioni e rotture del pancreas sono associate ad altre lesioni viscerali, che impongono un intervento d'urgenza cui segue immediatamente una fistola pancreatica senza che prima si abbia la formazione delle pseudocisti.

L'A. ha osservato dei casi di fistole pancreatiche, che appartengono ciascuno ad una delle categorie su descritte.

Nella 1ª osservazione si tratta di un giovanotto che in seguito ad un violento calcio all'epigastrio presentò per i primi giorni la sintomatologia di una contusione semplice addominale, poi dolori epigastrici dopo l'ingestione di alimenti e il formarsi di una tumefazione nell'ipocondrio sinistro che raggiunse dopo circa un mese e mezzo dal trauma la grandezza di una testa di feto. Deciso l'intervento questo fu ritardato per l'improvviso rompersi della raccolta nella cavità addominale. Operato dopo 10 giorni la pseudocisti fu aggredita per via gastrocolica e marsupializzata. Nella cavità peritoneale non fu riscontrata traccia di steatonecrosi. La fistola pancreatica persistette per circa 2 mesi e il suo chiudersi sembrò essere favorito da un regime antidiabetico rigoroso protratto per 3 settimane.

Nel secondo caso si trattò di un soldato che cadde sul manico della propria baionetta infissa verticalmente al suolo, riportò un'ernia traumatica della regione epigastrica e presentava segni di emorragia interna. All'intervento fu trovato oltre ad un'ernia dello stomaco, un grosso ematoma al di dietro del legamento gastroepatico, dipendente da una lesione della faccia inf. del fegato. Tamponata la retrocavità si costituì una fistola pancreatica, la quale nei primi giorni secerneva da 800 a 900 gr. di liquido per poi diminuire fino a 200-250 gr. Dopo 4 mesi persistendo la fistola, nonostante una dieta rigorosissima, fu deciso un secondo intervento che consistette nell'isolare il tramite fistoloso e nel suo impianto nella cavità gastrica. L'infermo guarì, con questo mezzo, in modo definitivo.

L'A. ha approfittato delle fistole esistenti in questi casi e particolarmente nel 2° per fare degli studi sul funzionamento del pancreas, per quanto una fistola traumatica non sia nelle stesse condizioni di una fistola sperimentale, la quale interessa il Wirsung e raccoglie, perciò, tutto il secreto elaborato dal pancreas.

Nei riguardi del volume del liquido segregato nelle 24 ore è importante notare come nonostante la quantità notevole di esso (800-900 gr.) non sembrassero disturbati i processi di digestione dell'infermo, il quale conservava fecce normali, senza insufficienza di digestione dei grassi e degli albuminoidi, non poliuria, nè polifagia, nè polidipsia, però si notava un dimagrimento di 8 kgr. in un mese.

Lo scolo del liquido è molto più abbondante nel periodo della digestione e precisamente nelle 3-4 ore successive all'ingestione del pasto. Durante le ore del sonno il pancreas rimane in riposo completo, senza dare secrezione. La stazione eretta o coricata non influenza affatto il ritmo del funzionamento.

Il liquido della fistola è leggermente opalescente, inodoro, alcalino, non è molto alterabile, nè putrescibile ed è praticamente sterile. Quanto agli elementi componenti il liquido presentano delle variazioni quantitative per le quali non è sempre possibile invocare una causa alimentare dovuta al regime: tre settimane di stretto regime antidiabetico non hanno modificato sensibilmente la composizione del liquido della fistola.

Riguardo all'azione chimica del succo, esso si è mostrato attivo in presenza di amido e di grassi, mentre è rimasto praticamente senza azione sugli albuminoidi. Quest'assenza di potere proteolitico non deve sorprendere perchè sul liquido così raccolto manca qualsiasi fattore di attivazione: enterochinasi, bile o infezione microbica.

L'A. spiega il fatto che nei due casi riportati non si sia avuto steatonecrosi immaginando che il succo per attaccare i grassi della cavità peritoneale abbia bisogno non solo del suo potere lipolitico, ma anche di quello proteolitico che disciolga l'involucro delle cellule che contengono il grasso.

Nei riguardi della cura della fistola l'A. non crede possa raggiungere lo scopo (a meno che non si tratti di fistola consecutiva a cisti chiuse non comunicanti più con i canalicoli ghiandolari

e quindi con grande tendenza alla guarigione spontanea) la somministrazione di belladonna, la soppressione degli alimenti idrocarbonati, l'iniezione di liquidi atrofizzanti. Nei casi nei quali sia indispensabile un intervento, questo deve consistere nell'imboccare la fistola nel tubo digerente.

G. MATRONOLA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Nouveau Traité de Médecine. Affections du sang et des organes hématopoiëtiques. Pubblicato sotto la direzione di G. H. ROGER, F. WIDAL e P. J. TEISSIER. Vol. IX, di pag. 802, con 184 fig. nel testo e 8 tavole a colori. Masson e C., ed. Parigi, 1927. Prezzo Fr. 80.

Questa importante opera costituisce uno dei trattati d'ematologia più completi e più recenti che esistano attualmente; essa è frutto di clinici dedicati da lunghi anni alle malattie di sangue, ciò che rende l'opera essenzialmente personale. Ma sopratutto gli autori hanno il medesimo concetto delle sindromi ematologiche, per cui gli argomenti hanno un'unica impronta ed il trattato è veramente omogeneo.

La patologia del *globulo rosso* è esposta da Aubertin di cui sono noti i precedenti lavori sulle anemie.

Il capitolo delle anemie gravi è particolarmente sviluppato, lo studio dell'anemia perniciosa è dettagliato e seguito dalla descrizione dell'anemia aplastica e da quella delle anemie gravi sintomatiche così come quella delle anemie d'origine digestiva.

Nel capitolo delle poliglobulie, Aubertin e Mouquin mettono in parallelo la malattia di Vaquez (eritremia) e le poliglobulie sintomatiche (eritrocitosi).

Clerc, a cui è dovuta la parte riguardante la patologia del *globulo bianco*, descrive completamente i tre tipi di leucemia e le loro forme cliniche, le differenti forme di linfoadenia dal punto di vista clinico e dal punto di vista anatomico. Sono poi riuniti in uno studio d'insieme l'istogenesi e la patogenesi delle linfoadenie.

Le Sourd e Pagniez, dopo aver studiato le porpore secondarie, descrivono come porpore primitive, la porpora reumatica, la porpora infettiva, l'emogenia, la trombopenia essenziale, la tromboastenia emorragica ereditaria.

La patologia del midollo osseo e dei gangli è trattata da Weil, e in essa sono descritte le reazioni del midollo nelle infezioni, nelle anemie, nelle leucemie, nei tumori midollari e ossei.

Quanto alla patologia della milza, essa è oggetto di molte pagine per opera di Aubertin e Kindberg che costituiscono un vero trattato di patologia splenica. Gli AA. dividono le splenomegalie in splenomegalie ematopoietiche, emolitiche, sclerose, dove la malattia di Banti è completamente descritta, ed endoteliali, fra le quali trova posto la malattia di Gaucher. Uno studio d'insieme sulla diagnosi delle splenomegalie e sulle indicazioni e risultati della splenectomia terminano il volume.

A. POZZI.

MANOEL DE ABREU. *Essai sur une nouvelle radiologie vasculaire.* Masson, edit. 38 franchi francesi, 214 pagine con numerose figure.

Il libro di Manoel De Abreu è destinato allo specialista radiologo o a coloro che specializzati in cardiologia conoscono a fondo tutte le questioni radiologiche che riguardano la misura del cuore e dei grossi vasi. Poichè il libro dell'Abreu riapre per suo conto una questione che è, si può dire, all'ordine del giorno in radiologia: sul valore che ha la misura dei diametri dell'aorta. Molte critiche sono state portate in questi ultimi tempi ai metodi classici di misura dell'aorta e molte cognizioni hanno dovuto subire una revisione. Poichè le difficoltà di misura dell'aorta hanno il loro substrato nel fatto (su cui l'Abreu ritorna) che sono i polmoni e i condotti pieni d'aria quelli che producono la possibilità di un contrasto nell'ombra mediastinica. I limiti di queste zone trasparenti coincidono talvolta coi contorni invisibili dei vasi e solo con lo studio di questa coincidenza anatomotopografica è possibile una misurazione esatta del diametro aortico. Andando ancora più innanzi nelle critiche fatte al metodo classico di misurazione dell'aorta ascendente in obliquo anteriore destro de Abreu non esita a dichiarare che in nessuna incidenza è possibile vedere l'aorta ascendente separatamente e che pertanto il processo di misurare l'aorta ascendente non solo in obliquo anteriore destro ma anche in obliquo anteriore sinistro (come più recentemente si è proposto) è irrimediabilmente *falso.*

Nella posizione obliquo anteriore destro si viene in realtà a misurare la distanza tra contorno aortico e trachea e bronco sinistro; e in obliquo anteriore destro tra la trachea e il bordo della vena cava o dell'aorta. Abreu propone la misura dell'aorta in quella posizione in cui l'arco è veduto raccorciato e in senso longitudinale misurando lo spazio (in OAD), che si estende tra il suo contorno laterale sinistro o anterolaterale sinistro e il contorno corrispondente della trachea fino alla biforcazione. La cifra è leggermente più grande mai più piccola del diametro dell'aorta.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L'angolo di proiezione in OAD è tra 5-20 gradi. L'esame può essere anche fatto in OPS: i diametri ottenuti in anteriore o OAD e in posteriore o in OPS possono essere paragonati: ma la misurazione in incidenza anteriore tra il bordo sinistro della trachea e dell'aorta è tutt'altro che nuovo perchè in Italia (Meldolesi) è stato da tempo proposto e la figura 43 a pag. 156 ricorda perfettamente il sistema suddetto. Abreu propone le misure su teleradiogrammi. Molte tavole e schemi sono uniti al lavoro a conforto delle ricerche di Abreu. E. MILANI.

BRUGSCH TH. *Ergebnisse der gesamten Medizin.* VII vol., fasc. I e II. Berlino, Urban e Schwarzenberg, 1925.

Questo volume degli Ergebnisse del Brugsch raccoglie vari argomenti trattati da autori rispettivamente competenti in ognuno di essi, per recare in ogni questione il contributo delle ultime acquisizioni. Sono così esposti: *la cura climatica della tubercolosi* dal Bacmeister e dal Baur, *le fratture e le lussazioni* dal Sultan e dall'Ahrens, *la toracoscopia* dall'Jacobaeus, *le alterazioni del linguaggio nei bambini* dal Gumpertz, *l'eczema e l'urticaria* dal Pulay, *l'igiene medica e sociale* dal Coerper, *la reazione di Abderhalden* dal Sellheim. TR.

ORTNER N. *Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten.* II ediz., II volume. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1926. Mk. 15.

In questo secondo volume sono trattati ampiamente, secondo lo schema seguìto dall'A., i più diversi sintomi; dalla debolezza e dalla cachessia, al singhiozzo, al vomito, all'ematemesi, alla melena, al coma, alla tosse, emottisi, dispnea, cianosi; alle svariate colorazioni della cute, alle alterazioni della composizione delle urine, ai disturbi del ritmo cardiaco. Ogni sintomo è trattato a sè esponendo le diverse caratteristiche che assume nelle varie malattie ed all'importanza che presenta nei diversi stati morbosi. TR.

Prof. PERICLE POZZILLI. *Lo studio delle malattie infettive, in relazione alle più recenti e maggiori conquiste nel campo della Patologia e della Terapia.* (Prolusione al corso dell'anno scolastico 1926-27).

Dopo aver accennato alle moderne teorie sulle malattie acute da infezione, logica conseguenza di studi profondi e di ricerche accurate nel campo della microbiologia in questi ultimi decenni, e dopo aver delineato la questione del concetto di malattia infettiva, inteso come penetrazione nell'organismo di un virus proveniente dall'esterno, o talora come infezione originata nel nostro stesso organismo, l'A. ha dimostrato l'importanza capitale che ha per il medico la conoscenza delle proprietà patogene di ogni microrganismo.

Ha parlato della lotta tra i microbi patogeni e l'organismo invaso, indicando gli elementi con cui l'organismo si difende nelle malattie microbiche. Da ultimo ha esposto con chiarezza i numerosi lavori, di cui la patologia e la terapia delle malattie infettive, in ispecie dal punto di vista della importanza sociale, si sono arricchite recentemente; ed ha concluso ricordando che la scienza è la produttrice di tutte le ricchezze di una nazione, la grande livellatrice di tutte le condizioni sociali, e che essa con le severe e pacifiche conquiste in ogni campo si avanza tranquilla, perchè sa la sua forza ed è certa della vittoria. A. P.

Medizinische Seminar. Wissenschaftlichen Ausschusse des wiener medizinischen Doktorenkollegiums. Un vol. in 8° di 504 pag. rilegato. J. Springer, ed. Vienna, 1926. Prezzo Marchi 22,50.

Il Collegio medico di Vienna, dietro l'iniziativa di J. Flesch, ha da tempo istituito le « Conversazioni del lunedì », in cui docenti di università, medici primari e specialisti rispondono alle diverse questioni poste dai soci. L'istituzione è stata accolta con simpatia dai medici, sicchè queste serate di conversazione sono assiduamente frequentate da 150-200 fino a 300 medici. Gli argomenti svolti sono evidentemente quelli che hanno maggiore attinenza con la pratica, perchè appunto le domande sono rivolte da medici che hanno dei dubbi o delle incertezze o che desiderano schiarimenti sopra una data questione che li interessa più da vicino.

Queste conversazioni sono qui riprodotte, riunite in gruppi omogenei che, senza aver la pretesa di una trattazione a fondo, danno però un'idea chiara delle diverse questioni.

Per esempio, a proposito della spondilite, si considerano le cause di errore nella diagnosi. l'aspetto radiologico delle lesioni, le indicazioni per il trattamento operatorio. Per la sieroterapia: quali sono i sieri clinicamente riconosciuti utili, come si usano i sieri e quale ne è il dosamento, quale ne è il valore profilattico, come si previene la malattia da siero.

Svariatissime ed importanti questioni vengono poi trattate a proposito della tubercolosi, della sifilide, dell'ulcera gastrica, delle artriti, oltre poi a tante altre che possono sembrare di significato secondario ma che non sono meno importanti nella pratica corrente (patereccio, pertosse, paronichia, alopecia, ecc.).

In complesso un buon libro che potrà essere di notevole utilità per i medici. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta dell'8 marzo 1927.
Presidente: prof. M. DONATI.

Sulla presenza di forme filtranti del B. di Koch nei processi tubercolari della cute. (Nota preventiva).

G. BALBI. — La questione della filtrabilità del virus tubercolare, pure abbisognando ancora di molte ricerche, tende ad essere risolta in modo positivo. L'O. ha ricercato se nel materiale ricavato da lesioni tubercolari cutanee si potevano mettere in evidenza forme filtranti. Egli ha esaminato undici casi (sette di lupus volgare, uno di tubercolosi verrucosa, due di lupus eritematoso, uno di sarcoide di Darier) ed ha riscontrato solo un caso positivo (di lupus volgare). La constatazione di questo solo caso deve indurre alla massima prudenza nelle conclusioni; tuttavia è da escludere che si possa trattare di un fortuito caso di tubercolosi spontanea della cavia. L'O. comunicherà in seguito i risultati di inoculazione di filtrati nelle cavie, che ha in corso di osservazione.

O. CASAGRANDI. — Ferma l'attenzione sull'importanza della comunicazione del dott. Balbi. Egli da solo e con vari collaboratori si è occupato dell'argomento fino dal 1922 e si è convinto che la dimostrazione di un quid che filtra attraverso le candele (e non è microscopicamente visibile) è indubbio si possa ottenere. Opportunamente vagliando gli esiti degli esperimenti negli animali si può anche escludere la possibilità di una infezione spontanea preesistente ed il passaggio del virus nella nota forma batterica attraverso le candele. Si tratta di lesioni che tali si mantengono e si ripetono in serie sapendole opportunamente condurre. Il fatto che vi siano lavori che tendono ad escludere la esistenza di queste forme nelle culture, non ha una importanza assoluta. Risulta all'O. che vi sono terreni di cultura che assolutamente non si prestano allo scopo. La possibilità di ottenere forme filtranti dai batteri non riguarda del resto il solo B. di Koch. All'O., ad esempio, sono riuscite esperienze del genere anche in rapporto al B. del tifo coltivato nelle amebe. Ugualmente si sono comportati sotto questo riguardo gli stessi bacilli tubercolari inglobati dalla Limax. Il lavoro del Balbi è quindi molto importante avvalorando il dato della provenienza del virus per ottenere forme sicuramente filtranti. All'Accademia di Roma l'O. ha annunciato in proposito una comunicazione nella quale aggiungerà altri particolari.

La reazione di Abderhalden nei cuti reattivi. (Comunicazione preventiva).

G. MELLI. — L'O. si è occupato quasi esclusivamente degli ipersensibili a polline a cutireazione positiva. Come antigeni usò in primo tempo pollini grezzi, ma non con risultati buoni, quindi in secondo tempo estratti acquosi dei pollini medesimi. La reazione fu ricercata prima col metodo diretto, ma non avendo ottenuto risultati conclusivi si rivolse alla tecnica della dialisi. I casi studiati sono 13. I risultati furono senza eccezione positivi sia pure con grandi differenze d'intensità. In linea di massima non parve esistere netto parallelismo tra intensità di cutireazione, gravità della forma morbosa ed intensità della reazione. In due casi di ipersensibilità oltre che a pollini anche a sostanze proteiche (morfina l'uno, chinino l'altro) la ricerca fu negativa. Secondo l'O. l'esito delle ricerche fatte depone per la natura proteica del quid sensibilizzante dei pollini. L'avere trovato poi eguale reattività nei sensibili ai pollini fa pensare a qualche cosa di comune tra gli stati di naturale ipersensibilità e l'anafilassi sperimentale. Se infine può essere giustificato l'abbandono della reazione di Abderhalden come mezzo diagnostico, non pare però che essa debba perdere il suo valore come fatto obbiettivamente constatabile.

Un caso di raro glioma cistico del cervelletto. Considerazioni anatomo-cliniche.

A. SPANIO. — Si tratta di un paziente di 24 anni operaio fabbro, il quale morì dopo circa sei mesi dall'inizio dei sintomi apprezzabili. Lo studio del caso porta alle seguenti interessanti conclusioni: 1) il glioma ha assunto primitivamente una forma cistica, rendendo difficile la diagnosi; 2) il tumore ha presentato (ciò che è molto importante) una costituzione fibrillare gliosomica; 3) le forme di lesioni del verme non si presentano sempre clinicamente più chiare delle forme che invadono gli emisferi cerebellari; 4) nella diagnostica del tumore cerebrale ha reale importanza, anche per la più precisa localizzazione, il reperto dato dalla rachicentesi sopratutto nei riguardi della pressione e del quoziente rachidiano di Ayala; 5) la sintomatologia clinica è in apparenza del tutto paradossale in confronto alla lesione anatomica considerata macroscopicamente, ma può trovare una più sicura giustificazione nel reperto fornito dall'analisi istologica; 6) l'apparente integrità del cervelletto desunta dall'esame esterno può nascondere gravi lesioni ciò che deve essere tenuto presente da chi tenti l'intervento chirurgico in casi di sindrome da tumore cerebellare.

Su due casi di rene unico congenito.

R. PECCO. — Due donne, una di anni 30, nubile, l'altra di anni 28, coniugata. Rene unico a destra accompagnato a ptosi ed idronefrosi. Nel secondo caso si ebbe complicazione di colecistite calcolosa. La diagnosi coi sussidi odierni è facile. La semplice cistoscopia può ingannare. Di solito col rene manca anche l'uretere e lo sbocco ureterale in vescica. Eccezionalmente (caso di Braasch citato da Israel) un unico sbocco ureterale può rappresentare la confluenza di due distinti ureteri

provenienti da due reni distinti. Ma possono esistere con un rene unico due sbocchi ureterali. Allora di solito uno resta immobile. Può darsi però che anche lo sbocco ureterale, che non è esponente di un rene, abbia movimenti eguali a quelli dell'altro sbocco normale. Quindi è bene integrare la cistoscopia colla cromocistoscopia o col cateterismo ureterale (al quale bisogna ricorrere meno che è possibile).

Nei due casi non esistevano alterazioni dei genitali. In uno si notava anche lombarizzazione dell'ultima dorsale. I pielogrammi dei due casi dimostrano l'idronefrosi. La ptosi è naturale dato il maggiore volume in unione al maggiore peso del rene unico. La ptosi ha avuto certo importanza nell'insorgenza dell'idronefrosi per stenosi ureterale dovuta ad angolatura.

L'idronefrosi può dipendere da alterazioni nervose come in uno dei due casi; od anche da vasi anomali. Bisogna essere cauti nella pielografia come nel cateterismo per il pericolo di infezioni.

Riguardo alla terapia una nefropessia può giovare in quanto colloca il rene in migliore posizione e facilita quindi lo svuotamento (nell'intervento poi possono essere esportati gli eventuali vasi anomali). Il processo idronefrotico progredisce anche se gli ammalati non se ne accorgono data la scomparsa dei dolori, e la prognosi non può essere che infausta. Così è giustificato l'intervento suindicato per quanto pericoloso.

Un nuovo metodo di dealbuminizzazione delle urine.

G. HALFER. — L'O. propone come ideale il metodo di Abelin. A 40 cc. di una soluzione di idrato sodico decinormale si aggiunge una goccia di una soluzione alcoolica di fenolftaleina all'uno per cento. In questo liquido si lascia cadere a gocce una soluzione di solfato di zinco al dieci per cento, finchè il colore rosso dell'idrato sodico diventa lattiginoso. Dopo avere aggiunto dell'acqua distillata fino a fare 50 cc. e dopo avere bene agitato si aggiungono 50 cc. di urina. Questa miscela viene versata in un Erlemayer e messa in acqua fortemente bollente e lasciata per dieci minuti circa (durante questo tempo l'acqua deve continuare a bollire). Trascorsi i dieci minuti il liquido viene filtrato ed è atto alle varie determinazioni. Naturalmente nel procedere ad esse bisogna tenere presente che 2 cc. del filtrato corrispondono ad un cc. di urina. L'O. ha esperimentato i filtrati di circa cento urine saggiandoli con tre reattivi sensibilissimi (acido sulfosalicilico in soluzione, reattivo di Spiegler-Jolles, reattivo di Pollacci) e mai ha notato anche traccie di albumina. Il metodo acquista speciale valore nella ricerca dell'indossile urinario, dove le tracce di albumina che facilmente residuano cogli altri metodi sono di danno.

L'azione del liquido follicolare dell'ovario (nota II). Esperienze su femmine impuberi castrate e su animali ibernanti.

G. TRUFFI. — L'O. con esperienze comunicate in passato provò che lo sviluppo ed il trofismo degli organi genitali possono essere influenzati con semplice somministrazione di liquido follicolare indipendentemente dall'ovaio e da qualsiasi azione interferente di questo organo.

Le attuali esperienze su femmine castrate nei primi periodi della vita e su animali ibernanti (riccio) sono state eseguite adoperando liquido follicolare di cavalla. L'O. arriva alle seguenti conclusioni: 1) il liquido follicolare influenza nelle femmine immature castrate lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari surrogando l'ovaio in questa azione trofica; 2) il liquido follicolare determina l'insorgenza dei fenomeni estrali nella sfera genitale delle femmine di riccio in piena stagione invernale durante il periodo del completo letargo.

TERNI. — L'O. ha seguito con vivo interesse le esperienze del Truffi, si compiace dei risultati e li riscontra di notevole importanza. L'O. anzi afferma che dopo quanto ha osservato il Truffi si sente persuaso a ritenere che con ogni probabilità anche la sostanza interstiziale dell'ovaio abbia origine epiteliale.

DONATI. — L'O. rileva pure la notevole importanza delle ricerche del Truffi le quali aprono la via a nuove interessanti concezioni.

F. PANCRAZIO, *segretario.*

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 15 gennaio 1927.

Anestesie e resezione del nervo laringeo superiore nella disfagia della tubercolosi laringea.

A. DI CORE. — L'O. descrive la semplice tecnica di anestesia di questo nervo. Con tale metodo ha ottenuto sempre risultati ottimi, con una durata media di 15-20 giorni; in cinque casi la stessa soluzione, con la stessa tecnica e nelle stesse mani non ha raggiunto affatto lo scopo.

L'O. accenna alla tecnica della resezione del laringeo inferiore, che molti autori ritengono veramente curativa nella disfagia dei tubercolotici laringei. Egli ha pratica di questo intervento solo in animali e sul cadavere e, pur ritenendolo abbastanza semplice, è convinto che nel tubercolotico non sia da preferirsi per molte ragioni alle iniezioni anestetiche, anche quando queste ultime non abbiano dato risultati soddisfacenti.

Insuccesso dell'operazione Condoleon.

G. MARSIGLIA. — L'inferma M. S. di anni 19, da Montecorvino Rovella, presentava la caratteristica di una generale prevalenza di tutto il connettivo, tale da dare un aspetto edematoso a tutta la persona; nessuna apparente alterazione della tiroide, nè disturbi funzionali ovarici. Tre anni prima dell'osservazione, l'inferma ebbe un attacco di eresipela alla gamba sinistra, che a distanza media di sette otto mesi, recidivò ben quattro volte, lasciando uno stato elefantiasico dell'arto, che andò man mano aumentando.

La misurazione circonferenziale del piede e della gamba dava in media una differenza di otto o nove centimetri in più del piede e della gamba destra. Essa era edematosa, di colorito pallido cianotico ed aveva consistenza dura elastica.

Data la ripetuta pregressa infezione streptococcica, prima dell'intervento l'O. sottopose l'inferma a una serie di 10 iniezioni di vaccino antistreptococcico, sterogeno. Sotto morfio-cloro-narcosi, procedette all'operazione di Condoleon con la tecnica modificata da De Gaetano. Con due tagli laterali, che decorrevano dal collo del piede, fin sotto al ginocchio, asportò per ogni lato un lembo di cute, che misurava nella sua massima lunghezza cm. 5, portando via con esso tutta la massa connettivale sottocutanea corrispondente a un largo lembo aponevrotico per tutta l'altezza della ferita, e per una larghezza di circa 8 cm. per modo che, ad operazione ultimata, quasi tutto il piano muscolare sottostante appariva denudato dall'aponevrosi; praticata l'emostasi, fece la sutura cutanea con seta a punti staccati.

Il risultato operativo immediato fu buono, e tale si conservò per circa un mese; da tale epoca, l'arto cominciò leggermente di nuovo ad aumentare di volume. Ma alla distanza di cinque mesi l'inferma fu colpita di nuovo da eresipela, dopo di che l'arto riassunse completamente la dimensione che aveva prima dell'atto operativo. L'O. ha proposta all'inferma la simpaticotomia periarteriosa dell'arteria femorale sinistra, ma finora la ammalata non si è decisa per questa nuova operazione.

L'O. fa rilevare la particolare persistenza del microbo latente dello streptococco e non sa esattamente rendersi conto del riprodursi dello stato elefantiasico. Data la particolare costituzione dell'inferma, potrebbe pensarsi ad un disturbo di natura endocrina probabilmente a carico della tiroide o dell'ipofisi, unito alla possibile trombosi dei linfatici neoformati, conseguente al nuovo attacco eresipelatoso.

Ascesso sub-frenico del fegato guarito con emetina ed epatocentesi.

O. NUZZI. — Dal caso esposto l'O. propone molti interrogativi; l'O. si pone per brevità, solo i seguenti:

1) Si trattò di un ascesso di origine amebico?

2) È l'emetina uno specifico dell'accesso amebico, od anche di altri ascessi epatici di natura differente?

3) Si può sperare che la puntura evacuatrice possa dare esito alle raccolte epatiche senza pericolo di disseminare il contenuto di questo?

Risponde:

1) I caratteri del pus porrebbero per un ascesso amebico (prodotto colliquativo).

2) Se l'emetina non ha che specifica azione nelle raccolte di ameba, il caso osservato è tale dal punto di vista etiologico, per quanto le ricerche di laboratorio siano state, nella specie, negative.

3) Se l'emetina sia o non uno specifico dello ascesso epatico in genere, non è possibile dire: anche egli ha eseguite ricerche sperimentali di controllo nel cane con esito negativo sino ad oggi, perchè non gli è riuscito di provocare nell'animale l'ascesso del fegato.

4) Crede, come il suo caso dimostra, che la puntura evacuatrice della raccolta, allorchè si ha ragione di credere che questa si sia sterilizzata artificialmente (assenza assoluta di febbre) e s'imponga lo svuotamento per ragioni di economia funzionale, possa espletare la guarigione, ed evitare un intervento chirurgico di stile e di non mediocre gravità, la di cui riparazione ha d'uopo di un lungo periodo di cura.

Interventi sullo sciatico nella cura dell'ulcera perforante.

A. ALAIQUE. — L'O. ha voluto praticare in una sua inferma affetta da ulcera perforante del piede destro una simpatectomia perisciatica associata a distensione del nervo stesso ed ha ottenuto la rapida cicatrizzazione dell'ulcera che data già da vari mesi senza recidere. La tecnica è semplicissima, poichè dopo lo stiramento, riesce oltremodo facile e assolutamente scevro di pericolo isolare ed escidere il perinervio per un tratto di 5-6 cent. facendo uso di una sottile pinza e di una piccola forbice retta da oculistica, senza bisogno di ricorrere a quegli accorgimenti speciali di tecnica escogitati per la simpatectomia periarteriosa, fra i quali la più pratica e largamente diffusa è l'iniezione sottoavventiziale di soluzione fisiologica.

L'inferma ha accusato, per varî giorni consecutivi all'intervento, senso di formicolio e di calore alla gamba e al piede, sensazioni che altri suoi operati di distensione del nervo per nevralgia non hanno mai avvertito.

Per una diecina di giorni è residuata per verità una lieve paresi del piede, ma che si è rapidamente attenuata e si è alla fine dileguata, tanto da consentire alla operata di percorrere a piedi e senza alcun fastidio, al 14º giorno dall'atto operativo, i due chilometri che separano la clinica ove essa fu operata dalla stazione ferroviaria. Il giorno in cui la inferma venne dimessa l'ulcera era perfettamente cicatrizzata e siffatta cicatrizzazione perdura tuttora.

Reputa sia sempre consigliabile, quindi, nella cura dell'ulcera perforante, l'associazione dello stiramento dello sciatico alla simpatectomia perineurale del medesimo.

Il Segretario: F. BUONOMO LA ROSSA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Linfogranuloma maligno primitivo dell'intestino.

Il dott. Omodei-Zorini (*Haematologica* vol. VII, fasc. V, 1926) illustra un caso di linfogranuloma maligno, tipo Paltauf-Sternberg, primitivo del colon discendente e sigma, costituito da una grossa massa proliferante ed infiltrante simile ad un cancro, originata nella mucosa e sottomucosa e secondariamente diffusa ai gangli linfatici mesocolici, mesenterici e alla sottosierosa dell'ileo. Il fegato presentava un piccolo nodulo (probabilmente metastatico) ed un altro nodulo era in un ganglio tracheo bronchiale. A carico degli organi parenchimatosi esistevano alterazioni degenerative. Dal 1913 sono stati descritti sei casi sicuri e quattro casi dubbi di linfogranuloma intestinale primitivo; e l'A. li riporta cercando di formare, di questa malattia, un quadro clinico bene identificabile. Divide i casi in due gruppi: 1° Gruppo *Forma ulcerosa*: Inizio acuto con vomito, dolori addominali, diarrea sanguinolenta, febbre intermittente, deperimento progressivo; durata da 14 giorni a 2 anni. 2° Gruppo *Forma pseudoneoplastica*: Dolori ora diffusi ora circoscritti, diarree che si alternano a stipsi; periodi di relativo benessere a cui può seguire improvvisamente il quadro di un'occlusione intestinale. Decorso più lento: da 3 mesi a 5 anni.

Anatomia patologica. La linfogranulomatosi intestinale può assumere 2 forme: *Ulcerativa* e *neo plastica*. Le ulceri si presentano con margini sollevati, frastagliati, bianco-grigiastri, duri. La direzione è trasversale, il fondo talora è deterso, per lo più sporco granuloso necrotico. Le ulceri si approfondano alla muscolare talora alla sierosa fino a perforarsi. Nella forma neoplastica si hanno masse di varia grandezza sporgenti nel lume intestinale, sviluppate spesso dai follicoli solitari. Oltre la tunica muscolare spesso è invasa la sottosierosa e sono invase le linfoghiandole. La sede preferita è il Digiuno, ma anche gli altri tratti sono colpiti.

La *diagnosi* di certezza è possibile solo col controllo istologico.

La *morte* avviene o per cachessia, o per enterorragia acuta, o per perforazione delle ulceri.

Eziopatogenesi. Il quadro della malattia è così caratteristico da far presupporre l'esistenza di un agente causale infettivo diverso dal bacillo di Koch. Esiste una analogia tra questa malattia e la enterite cronica pseudotubercolare dei bovini dovuta a bacilli acido resistenti.

Per la patogenesi la linfogranulomatosi intestinale dimostra la possibilità che il virus ignoto penetri nell'organismo attraverso la mucosa intestinale.

MEO-COLOMBO.

Pneumatosi enterica (cisti gassose dell'intestino).

Si tratta di un'affezione rara, che costituisce spesso un reperto accidentale operatorio.

Raccolte di gaz riempienti i vasi linfatici di alcune regioni, i quali si dilatano formando delle cisti, sono state descritte anche sulle pareti della vagina e della vescica. Ma per lo più è sull'intestino che vengono ritrovate, specie sul tenue. Raramente raggiungono il cieco e il colon ascendente, ed eccezionalmente occupano anche lo stomaco e l'omento.

La loro grandezza non supera per lo più quella di un uovo di piccione, e in genere sono riunite a gruppi nel mesenterio. Contengono del gaz sotto pressione, qualche volta sostituito in parte o interamente da siero limpido. La loro eventuale rottura provoca la formazione di enfisema locale.

La parete cistica, inizialmente esile e rivestita di endotelio, si ispessisce rapidamente per accrescimento dello stroma connettivale. Si può in tal modo giungere fino all'obliterazione della cavità, con trasformazione in un nodulo duro.

L'esame chimico del gaz dimostra che è composto di N. ed O. in discreta quantità, e di CO^2 in minima parte. Qualche autore vi avrebbe trovato anche dell'H. e del metano.

T. Jager asserisce di aver coltivato dal contenuto cistico un germe: b. coli aerogenes lymphaticum; ma tale reperto non è stato confermato dalle ricerche ulteriori.

Piuttosto quindi che ad una fermentazione si ritiene da alcuni che la spiegazione patogenetica sia offerta da un fatto meccanico, nel senso di una lesione della mucosa in seguito ad uno sforzo, quale la tosse, lo sternuto, il vomito. Ma anche questa ipotesi non è stata confermata dalle ricerche sperimentali. Nè si è potuto dimostrare la presenza nelle cisti della flora intestinale, nè dei gaz propri dell'intestino.

Resta perciò la teoria della formazione del gaz per azione fisica o chimica del chilo. Alcune esperienze dirette in tal senso hanno infatti dimostrato che la mucosa intestinale e i vasi chiliferi possono assorbire una composizione chimica, capace di venir decomposta nei vasi senza l'intervento della fermentazione.

In condizioni abnormi i gaz contenuti normalmente in piccole quantità nella linfa potrebbero aumentare in maniera straordinaria, fino a libe-

rarsi e a formare delle cisti. Tale liberazione potrebbe con probabilità essere provocata da una acidità patologica del contenuto intestinale.

La pneumatosi infatti apparisce in speciali circostanze. Si sa, per esempio, come sia frequente nell'ulcera gastrica e duodenale, che evolvono con iperacidità netta. Nella pneumatosi vaginale delle gravide si avrebbe prima la stasi sanguigna per compressione delle vene da parte dell'utero, poi la saturazione della linfa per mezzo di CO^2, che, per azione delle fermentazioni acide vaginali, si libererebbe a bolle nel lume dei vasi.

La predominanza dell'N. e dell'O. sul CO^2 è spiegata dalla legge fisica della diffusione dei gaz, per la quale quest'ultimo è riassorbito molto più rapidamente degli altri due.

Allorquando si ritrova nel contenuto cistico del metano, non esiste dubbio che esso derivi direttamente dall'intestino, dove spesso esiste libero.

La rapida guarigione della pneumatosi enterica, che segue alla semplice celiotomia, è probabilmente dovuta alla lieve reazione infiammatoria, che provoca l'obliterazione dei linfatici invasi dal gaz.

(P. Masson. Rif. in *Ed. Med. Journ.*, ott. 1926).

M. FABERI.

Le forme dissenteriche del cancro retto-sigmoideo.

Può accadere che qualcuno dei sintomi abituali del cancro del retto subisca in certi malati una tale esagerazione da dominare la scena. A. Cain (*La médecine*, luglio 1926), segnala i gravi inconvenienti a cui si può andare incontro con un esame incompleto. La sintomatologia può essere dominata dalla frequenza di evacuazione dolorosa, con premiti, tenesmo, irradiazioni al perineo e nel dominio dello sciatico. Il malato accusa generalmente diarrea, sebbene vi sia realmente costipazione; le feci sono poco abbondanti muco-sanguinolente o diluite in un *icor* roseo e fetido; si osservano quasi sempre i premiti senza scariche. Spesso il medico, trascurando l'esplorazione rettale che leverebbe ogni dubbio, pensa ad una dissenteria cronica ed invia magari il malato a stabilimenti termominerali.

La diagnosi è poi più difficile quando il cancro risiede alla parte superiore dell'ampolla o sul sigma. L'attenzione è attirata dalla frequenza delle evacuazioni mucose, sanguinolente, icorose mescolate o non alle feci. I segni funzionali ano-rettali sono meno accentuati e possono mancare; il colon discendente è talora sensibile e dilatato. Spesso si fa allora diagnosi di enterocolite, che sembra tanto più verisimile in quanto che la esplorazione rettale è negativa. Si impone in tal caso la procto-sigmoidoscopia che sola permette la decisione della diagnosi, scoprendo un tumore inaccessibile all'esplorazione digitale.

In presenza di una sindrome dissenteriforme, dunque, in cui sia negativa la ricerca dei parassiti e sia inefficace il trattamento emetinico, si deve sospettare l'esistenza del cancro; vi possono però essere dei casi, sia pure rari, in cui coesistono le due malattie, donde la necessità dell'esplorazione.

Nella sindrome dissenteriforme, un segno richiama l'attenzione ed è il carattere delle feci. Soltanto le dissenterie ipertossiche e gangrenose danno simili evacuazioni icorose e siero-sanguinolente, che non si trovano nelle dissenterie subacute, ma che sembrano invece un buon segno del neoplasma retto-sigmoideo, che traduce le forme vegetanti, fungose, in via di necrosi continua o di degenerazione colloide.

fil.

Sulle affezioni precancerose dell'intestino, specialmente della poliposi.

È noto che la migliore terapia per il cancro è l'operazione precoce e l'unica profilassi l'ablazione delle lesioni precancerose. (Schmieden: *Arch. f. Klin. Chir.*, 142, 1926).

Per i tumori dell'intestino queste sono rappresentate dalla poliposi potendo l'A. dimostrare in numerosi colon asportati la frequenza della trasformazione di tali produzioni, riguardate in genere come innocue, in cancri, tanto da poter asserire che il 60 % dei carcinomi del grosso intestino si sviluppano da polipi. Tale poliposi neoplastica è da distinguersi dalla poliposi linfatica dovuta ad ipertrofia dei follicoli senza alcun rapporto con gli accrescimenti maligni e dalla pseudopoliposi di Ruhr in cui gli apparenti polipi non sono che isole epiteliali conservate tra territori cicatriziali.

Un quadro esatto della poliposi può essere dato, oltre che dal rettoscopio, dall'esame radiologico, e l'accertamento dall'esame istologico.

Come logica conseguenza si ha che in casi di poliposi diffusa con gravi alterazioni cliniche ed esami istologici caratteristici si deve praticare la colectomia totale.

R. BRANCATI.

TERAPIA.

Il cloruro di calcio nell'eczema.

E. Bizzozero (*Il Dermosifilografo*, nov. 1926) ha sperimentato il cloruro di calcio per iniezione endovenosa arrivando fino alla dose quotidiana di un grammo, in 56 malati di eczema acuto, riscontrando una notevole efficacia terapeutica.

Il risultato fu negativo soltanto in sette casi, in cui leggeri miglioramenti erano seguiti da recrudescenze spiccate, per cui si rinunziò alla cura; di questi, 4 erano eczemi della mammella, di cui è nota la particolare resistenza. In nessun caso ha lamentato inconvenienti degni di nota, tranne un senso di calore diffuso per tutto il corpo, ma più spesso localizzato al viso ed alla bocca, che però cessa rapidamente sospendendo per qualche secondo l'iniezione. Soltanto in un individuo, in cui l'iniezione era stata fatta troppo rapidamente, si ebbe perdita di coscienza durata pochi secondi. Scarse o nulle sono le modificazioni che si riscontrano nelle pareti delle vene, anche ripetutamente trattate.

Per quanto riguarda le recidive, in qualche individuo si sono avute alla distanza di pochi giorni, in altri di alcune settimane, in altri infine, nonostante il ritorno alle normali occupazioni la guarigione si mantenne per qualche mese. In uno studente di medicina la guarigione si mantenne per 5 mesi, (dopo solo 5 iniezioni) quantunque il paziente esponesse la parte all'azione del sapone, dell'alcool e del sublimato; solo ai primi freddi dell'inverno, si verificò una recidiva, che guarì rapidamente con la ripresa della cura.

È probabile che il fattore principale dell'azione benefica, più che in un'eventuale azione astringente sulle pareti dei vasi sanguigni o sulle membrane cellulari, od in un effetto diretto ed esclusivo sul sistema organo-vegetativo, risieda in un'azione desensibilizzante operata dal sale sull'organismo, dimostrata dalla crisi emoclasica che, come l'A. ha dimostrato, sussegue ad ogni iniezione.

Questa stretta analogia fra il modo di agire del cloruro di calcio (cristalloidoterapia) da una parte e delle sostanze proteiche dall'altra (proteinoterapia) come desensibilizzanti, trova la sua esatta rispondenza nella nota analogia che intercede fra i meccanismi con cui rispettivamente sostanze cristalloidi e proteiche manifestano la loro azione antigenica e rappresenta quindi un nuovo argomento in favore della stretta affinità tra anafilassi, idiosincrasia e sensibilizzazione.

fil.

Il trattamento dell'intertrigine retroauricolare.

Legrain (*Rev. espan. de med. y cirugia*, agosto 1926) prescrive. *In primo tempo*: disinfezione delle lesioni ed ablazione delle croste. Si applicano, mattina e sera, compresse inumidite con la seguente soluzione: Solfato di zinco g. 1; Cloruro di sodio g. 6; Acqua distillata 1 litro. Si copre con cotone e con tessuto impermeabile. Prima di ogni applicazione si lava la parte con la detta soluzione per allontanare le croste.

Secondo tempo. Dopo 2-3 giorni di cura umida, le lesioni sono ben pulite: per 24 ore si puliscono ancora con cotone imbevuto con olio di mandorle dolci o con etere. Dopo si fanno toccamenti con soluzione di nitrato d'argento a 1/20. Si lascia seccare e si applica la pasta di zinco ittiolata, secondo la formola seguente: Ittiolo gr. 3; Ossido di zinco g. 8; Amido, Lanolina; Vaselina pura, ana g. 10.

Terzo tempo. Occorre continuare il trattamento fino a guarigione completa, sotto pena di recidiva. Si continueranno quindi i toccamenti con nitrato d'argento e si faranno applicazioni giornaliere di alcool jodato; Tintura di jodio fresca g. 10; alcool ad 80° g. 90.

Si tratteranno anche accuratamente le lesioni streptococciche vicine come pure l'eventuale pitiriasi del cuoio capelluto. *fil.*

Nell'acne volgare.

Al mattino, lavatura energica con acqua molto calda e sapone di Marsiglia; lasciar seccare la schiuma e lavare con acqua calda.

Durante il giorno, frizionare 2-3 volte con: resorcina g. 1.75; acido tartarico g. 1; acido salicilico g. 1.50; liquore di Hoffmann g. 40.

Alla sera applicazione della pomata: acido salicilico g. 1; solfo precipitato e lavato g. 4; lanolina g. 32; vaselina g. 8.

Oppure con la lozione: solfo precipitato g. 6; talco polv. g. 2; glicerina g. 60; acqua di rose g. 120; tintura di saponaria g. 10.

(J. GATÉ. *Journ. des prat.*, 23 ottobre 1926).

Nei sudori profusi.

Andricevski consiglia un bagno caldo, seguito da una lozione con tintura di jodio preparata di recente e continue applicazioni della seguente pomata: Acido borico, Glicerina, ana g. 10; Cera gialla, paraffina liquida, ana g. 20; Vaselina gialla g. 50.

Ripetere l'applicazione per 3-4 volte.

(*Deut. med. Wochens.* 1926, n. 19).

Le eruzioni medicamentose.

Le eruzioni medicamentose possono essere di origine esterna per applicazione diretta sulla cute della sostanza chimica alterante; tali eruzioni sono sempre nettamente localizzate. Quelle di origine interna sono invece generalizzate.

G. Milian (*Paris médical*, 16 gennaio 1926) distingue fra queste ultime le eruzioni tossiche (ioduro di potassio, arsenobenzoli) che sopravvengono di solito verso la fine della cura e riproducono gli

elementi eruttivi che il medicamento provoca quando è somministrato a dosi tossiche o mortali.

Le eruzioni biotropiche, invece, si osservano all'inizio delle cure e spesso in occasione di dosi minime. Hanno la fisonomia di una febbre eruttiva (morbillo, scarlattina, rosolia) e di altra infezione specifica. Mentre le prime ricompaiono più gravi ai tentativi di nuova somministrazione del medicamento, queste ultime si estinguono con la continuazione della cura, anche a dosi elevate. Appartengono a questo tipo gli eritemi arsenicali del nono giorno (dopo la somministrazione di arsenobenzoli) e l'acne bromica, che è una vera follicolite (stafilococcica) biotropica. Lo ioduro di potassio determina entrambe le categorie di eruzioni, le tossiche e le biotropiche. L'A. intende con la denominazione di biotropismo il risveglio del microbismo latente per opera degli agenti chimici che stimolano, invece di distruggerla, l'attività del microbo.

Sono questi fenomeni, tossici e biotropici, che costituiscono la generalità dei fatti che si osservano, mentre i fenomeni colloidoclasici ed anafilattici sono più rari. Per questo la classificazione dell'A. ha anche un valore pratico, permettendo di decidere se una data medicazione può essere continuata o debba essere sospesa. *fil.*

SEMEIOTICA.

I momenti migliori per le prove dello zucchero sanguigno nella diagnosi e cura del diabete.

Affinchè il medico non perda inutilmente il proprio tempo, è necessario che abbia conoscenza esatta delle oscillazioni normali dello zucchero sanguigno, onde applicare tale conoscenza allo studio dei casi patologici.

La glicemia a digiuno, prima del pranzo, è costantemente di 0,08-0,12:100, per salire dopo un pasto contenente idrocarbonati a 0,14-0,16-0,18. Poichè la soglia renale dello zucchero è al disopra di 0,18, non si osserverà mai nell'individuo normale glicosuria.

Dopo un'ora-un'ora e mezza, le cifre cominciano a cadere, per tornare alla norma nella media di 3 ore.

Naturalmente, da un individuo all'altro si possono osservare oscillazioni nei limiti delle suddette cifre, in maniera da poter parlare di una tolleranza più o meno grande per i carboidrati.

Nel diabete, invece, la glicemia a diguino è aumentata; dopo l'introduzione di qualsiasi quantità di carboidrati si salisce sopra al 0,18; non si ha il ritorno alla norma dopo 3 ore; a ciò si accompagna glicosuria. Quindi una glicemia di 0,15 va considerata diabetica se trovata a digiuno, o 3 ore dopo il pasto.

Per lo studio della glicemia bisogna dunque cominciare con due ricerche fondamentali, una prima e una dopo il pasto.

Nei casi dubbi, oltre a queste 2 determinazioni, se ne farà un'altra dopo aver somministrato come prova di saggio 50 gr. di glucosio, saggiando la glicemia di mezz'ora in mezz'ora.

Nei normali, con tale procedimento, il tasso non sorpasserà il 0,2 per cento, tornando alla norma nello spazio di ore 1 1/2-3, a seconda dell'età, senza comparsa di glicosuria.

Bisogna però rammentare l'importanza della dieta praticata per un giorno o due prima della ricerca, onde evitare degli errori di giudizio.

Se infatti il paziente soffre di un diabete lieve o potenziale, ed è stato sottoposto ad una dieta povera di idrocarbonati, le riserve organiche di glucosio e di glicogeno si esauriscono, e la curva della glicemia alimentare può essere pressochè normale.

Al contrario, in qualche caso una dieta povera di idrocarbonati può provocare in soggetti del tutto normali la comparsa di una curva glicemica di tipo patologico, accompagnata da modica glicosuria, e talora anche da acetonuria. La spiegazione di tale fatto paradossale non è chiara, ma si può pensare che in simili condizioni l'attività insulinica del pancreas sia divenuta torpida, e la risposta all'introduzione di glucosio non avvenga in maniera energica ed immediata.

Per quanto riguarda il diabete, il periodo migliore per esaminare il sangue nei casi non trattati con l'insulina è quello di 1-2 ore dopo il pasto della sera, o dopo il pasto più ricco di idrocarbonati.

Nei casi invece sottoposti ad insulinoterapia, salvo che all'inizio, in cui conviene moltiplicare i dosaggi, nel successivo decorso conviene praticarli circa 4 ore dopo la somministrazione della dose più forte, allorquando cioè il medicamento ha esplicato il massimo effetto. La cifra soddisfacente in tale periodo dovrebbe essere del 0,1:100, regolandosi altrimenti aumentando o diminuendo la dose, a seconda che tale cifra sia più alta o più bassa di questa.

Le cifre mattutine a digiuno, prima dell'insulina, dovrebbero essere intorno al 0,13:100 nei casi di media gravità, e al 0,16:100 in quelli gravi.

Se, finalmente, viene somministrata una sola dose di insulina al giorno, bisogna rammentare che la cifra più alta della glicemia si osserva circa un'ora e mezza dopo il pasto non preceduto dal medicamento.

Se tale cifra è al disopra di 0,18, ciò indica che è necessaria un'altra dose prima di tale pasto.

(*The Practitioner*, febbraio 1927). M. FABERI.

La glicorrachia e il suo valore semeiologico.

La presenza di glucosio nel liquido cefalo-rachidiano rappresenta un fatto patologico quando il suo tasso raggiunge delle cifre superiori alle fisiologiche. Ma la cifra media che deve essere considerata come fisiologica non è ancora stata stabilita in modo definitivo, se alcuni AA. fra cui Fontanel, Leubier e Ronquier (*Bollettino della Società di Medicina degli Ospedali di Parigi*, 1926, n. 24) dopo aver dosato il glucosio nel liquido cefalo-rachidiano in più di 400 soggetti normali, concludono che il glucosio nel liquor oscilla normalmente in limiti molto ampi e che non può considerarsi un fatto patologico la glicorrachia di 0.83 ‰.

Ciò premesso s'intende che per gli AA. la glicorrachia non ha che un valore semeiologico estremamente ridotto. Più importante invece sembra essere lo studio del rapporto emo-meningeo nei riguardi del glucosio cioè il rapporto fra il tasso del glucosio nel sangue e quello nel liquor che deve essere costante nel soggetto sano. Un rapporto emo-meningeo anormale, rappresenta un disturbo importante degli scambi fra liquor e sangue e impone una prognosi grave.

MARIO CAJA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. F. I., da Conversano:

Il libro che adoperiamo anche in laboratorio (Laboratorio di Anatomia Patologica della R. Università di Roma) per la Tecnica delle ricerche istopatologiche è lo: SCHMORL: *Die Pathologisch-Histologischen Untersuchungsmethoden*, editore Vogel di Lipsia, nella ultima edizione tedesca, ed è il migliore manuale di tecnica istopatologica. È un solo volume di circa 400 pagine. L'ultima edizione tedesca è recentissima. Ve n'è anche una traduzione italiana, buona, ma è del 1911, pubblicata dall'Unione Tipografico-Editrice Torinese (UTET). G. BOMPIANI.

Al dott. N. d'O., da A.:

Gli apparecchi di diatermia devono rispondere a tali requisiti per cui i piccoli apparecchi hanno un valore relativo. Si rivolga a ditte italiane (Gorla e Balzarini) le quali costruiscono anche apparecchi di diatermia portatili ma ottimi.

M. E.

Al dott. P. F., da M.:

Nel corrente anno non avranno luogo esami per medici di bordo.

Ella potrà consultare: BELLI: *Manuale d'igiene della Marina mercantile*, e RIBOLLA: *Medicina tropicale ed igiene marinara*. C.

VARIA.

Perchè portare il cappello?

È questa una domanda a cui non sempre si potrebbe dare una adeguata risposta, poichè la copertura che la Natura ci ha fornito per la testa dovrebbe essere sufficiente. Gli antichi, del resto, non lo portavano affatto. I Romani, come pure i Greci, andavano abitualmente a capo scoperto; in certi casi, offriva sufficiente riparo la toga tirata su in modo da coprire la parte posteriore del capo. Soltanto le persone del popolo che, nell'esercizio dei loro mestieri si trovavano esposte alle intemperie, portavano il « *pileus* » ed il « *petasus* », che erano però usati anche dai *cives* come difesa dalle intemperie quando erano in viaggio e come riparo dai cocenti ed abbaglianti raggi del sole, durante i pubblici spettacoli. Spesso però, in luogo del *pileus*, si portava un cappuccio (*cucullus*) venuto a Roma dai paesi nordici, probabilmente dalla Gallia.

È solo con il tardo Medio Evo che si stabilì l'abitudine di portare il cappello, ormai generalizzata nelle popolazioni incivilite, ma che non rappresenta in linea generale una necessità. Del tutto antiigienici sono poi molti cappelli, di feltro, di velluto, perfino di cuoio, che tengono troppo calda la testa, nonchè quelli duri, che la comprimono ed impediscono una libera circolazione di aria con l'esterno.

Non è certamente errato attribuire all'uso del cappello una parte delle calvizie e la facilità ai raffreddori e l'igiene non può essere, in massima, che favorevole, alla moda entrata da qualche anno in uso, di non portare il cappello almeno nella stagione estiva, quando per particolari condizioni non vi siano controindicazioni. Soltanto sarebbe desiderabile che tale buona abitudine non fosse unicamente l'effetto di moda passeggera, e che essa si continuasse anche nelle stagioni più fredde; in queste, del resto, il cappello, irrazionale come tanti altri oggetti di vestiario, manca proprio di coprire le orecchie che sono le più sensibili al freddo. Qualcuno, in difesa del cappello, ha voluto aggiungere che esso protegge contro la polvere; protezione incompleta in verità, perchè non comprende che una parte del cuoio capelluto, mentre d'altra parte, le lavature e le spazzolature possono bene rimediare al preteso inconveniente.

Col diffondersi del saluto romano, che l'igienista vede con simpatia anche perchè diminuisce la frequenza delle strette di mano, l'uso del cappello diventa un anacronismo.

Specialmente nei giovani è da consigliare l'abolizione del cappello, il che fa parte di quella « sfida alle intemperie » mediante la quale l'organismo si irrobustisce e si tempra. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Disposizioni circa l'uso di sieri, vaccini, tossine ecc.

L'art. 132 del T. U. delle leggi sanitarie vieta la fabbricazione *a scopo di vendita* di vaccini, virus, sieri, tossine e di ogni altro prodotto affine a scopo diagnostico, profilattico o curativo, senza autorizzazione del Ministero dell'Interno. Era quindi incerto se dei prodotti suddetti, fabbricati senza autorizzazione, si potesse far uso diverso dalla vendita. Ma la lacuna è stata colmata con D. legge 25 novembre 1926 n. 2164 il quale ha così disposto:

« Art. 1. L'impiego nell'uomo dei prodotti terapeutici od immunizzanti, contemplati dall'art. 132 del testo unico delle leggi sanitarie 1 agosto 1907, n. 636, e dall'art. 12 del R. decreto legge 7 agosto 1925, n. 1732, anche se non preparati a scopo di vendita, e che non siano autorizzati a norma del citato art. 132, è consentito solo in istituti pubblici di carattere ospedaliero, siano o non universitari, ed in pubblici ambulatori autorizzati dal Prefetto, sotto la responsabilità del dirigente l'istituto, il reparto o l'ambulatorio nel quale avviene l'impiego stesso.

« Dell'impiego il nominato dirigente deve conservare esatta registrazione e dare notizia scritta al capo dell'amministrazione o dell'ente, dal quale l'istituto, il reparto o l'ambulatorio dipendono.

« Nel caso dell'impiego dei prodotti sopraindicati nei pubblici ambulatori autorizzati, la notizia scritta dell'impiego stesso, con le opportune indicazioni circa le persone trattate, deve essere data anche all'ufficiale sanitario comunale, e da questo al medico provinciale.

« Art. 2. Il prefetto può, in qualunque momento, vietare l'impiego dei prodotti, di cui all'articolo precedente, in base a rapporto del medico provinciale.

« Del divieto viene dal Prefetto data comunicazione al capo dell'amministrazione interessata, a mezzo del sindaco, ed al Ministero dell'Interno.

« Art. 3. La preparazione degli « autovaccini » deve effettuarsi esclusivamente presso istituti, ospedali, laboratori di vigilanza igienica provinciali, comunali ed altri, che abbiano ottenuta la autorizzazione del Ministero dell'Interno a seguito di domanda del dirigente l'istituto, l'ospedale o il laboratorio, e previa ispezione tecnica a spese dell'interessato.

« Art. 4. Ai contravventori si applicano le disposizioni di cui all'art. 135 del testo unico delle leggi sanitarie 1 agosto 1907, n. 636.

« Art. 5. Il Ministero dell'interno pubblica annualmente l'elenco dei prodotti dei quali è autorizzata la vendita a norma dell'art. 132 del testo unico delle leggi sanitarie, e dell'articolo 12 del R. Decreto-legge 7 agosto 1925, numero 1732.

« Di ogni nuova autorizzazione è dato annunzio nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno ».

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIII. — Quando sono efficaci i provvedimenti amministrativi: effetti retroattivi.

I provvedimenti amministrativi, concernenti il rapporto d'impiego, hanno generalmente efficacia dalla data in cui sono emanati e perfezionati. Perchè l'amministrazione possa attribuire ad essi effetto retroattivo — quando, s'intende, non si tratti della revoca di provvedimenti illegali — siffatto potere dell'amministrazione deve avere la sua base in una norma giuridica la quale importi l'obbligo, cioè il potere e il dovere, di ricondurre gli effetti del provvedimento eventualmente tardivo a un tempo anteriore. Qualora, per es., si tratti di una dispensa dal servizio della quale l'amministrazione può fare uso nel momento che essa crede opportuno, se ritardi a provvedere non può poi deliberare la dispensa dal servizio con effetti retroattivi.

In relazione a questi criteri, che risultano anche dalle decisioni della IV Sezione del Consiglio di Stato, 21 febbraio 1919 n. 48 e 10 settembre 1926 n. 465, la stessa IV Sezione, con decisione 10 dicembre 1926 n. 711, ha annullato un provvedimento di dispensa dal servizio nella parte in cui ad esso era dato effetto retroattivo.

In un caso che ha qualche punto di analogia con quello sopra indicato, la Corte di Cassazione del Regno, II Sez. civile, con sentenza 11 dicembre 1926, 18 gennaio 1927 n. 180 ric. Gangemi, ha dichiarato che gli atti amministrativi concernenti la nascita, la modificazione o la estinzione di un rapporto giuridico, non obbligano l'interessato se non dalla data della loro comunicazione. E, perciò, il Collegio Supremo ha annullato una sentenza che aveva ritenuto efficace il provvedimento, indipendentemente dalla comunicazione, e aveva stabilito che il collocamento a riposo dell'impiegato decorresse dalla data in esso fissata e non già da quella in cui il provvedimento stesso venne a conoscenza dell'impiegato.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Condizioni igienico-sanitarie dell'Italia.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha pubblicato, in due volumi, la propria « Relazione al Consiglio Superiore di Sanità intorno agli atti compiuti dal 1° giugno 1925 al 30 giugno 1926 » (1).

L'opera, dedicata a S. E. Benito Mussolini, Capo del Governo e Ministro per l'Interno, costituisce una documentazione del più grande interesse, in quanto rispecchia fedelmente l'azione multiforme svolta dalla Direzione Generale della Sanità ai fini di un sempre maggiore *miglioramento igienico e sanitario del nostro Paese.*

Nella prefazione, il Direttore Generale della Sanità Pubblica, dott. Messea, pone in evidenza la grande e crescente importanza dell'Igiene, la quale va prendendo radici profonde nella coscienza della popolazione, che ormai comprende ed apprezza sempre più i benefici tangibili del progresso igienico.

Di fronte a questo fatto confortante sta, invece, la stridente contraddizione della grande penuria di medici igienisti, penuria derivante sopratutto dal fatto che oggi la carriera dell'igienista è poco rimunerativa. Il prof. Messea richiama la attenzione su questo fatto preoccupante, e, con un fervido inno all'Igiene cultrice della sanità, della bellezza e della forza, si augura che le discipline igieniche ricevano nelle Università, nelle Scuole e in tutte le sedi competenti il massimo impulso.

Dopo una interessante rassegna e documentazione dello stato sanitario all'Estero nell'anno 1925, con dati di raffronto sull'andamento delle principali malattie infettive nei varii Stati, segue una importante e dettagliata esposizione delle condizioni sanitarie nel Regno, da cui si rileva che lo stato sanitario in Italia, durante il 1925, si è mantenuto normale e che, anzi, il *quoziente di mortalità generale* da 16,61 per mille abitanti nel 1924 è disceso a 16,58 nel 1925. Continua, perciò, in Italia la fase di lenta e progressiva diminuzione della mortalità generale: fase che aveva subìto un arresto ed una recrudescenza soltanto durante la guerra. Il nostro quoziente di mortalità differisce di poco dal tasso che si riscontra nei Paesi esteri che presentano la più bassa mortalità; tanto più ove si tenga conto della *natività* che in Italia è notevolmente alta, sorpassata soltanto da poche Nazioni, avendo raggiunto, nel 1925, il quoziente di 27,46 per mille abitanti. Ne consegue che nella struttura demografica del nostro Paese si ha un numero di bambini maggiore di quello che suole aversi in quelle Nazioni che presentano, bensì, mortalità più bassa, ma hanno anche una natività meno considerevole.

(1) Roma, Libreria del Provveditorato Generale dello Stato, 2 volumi, L. 55.

La diminuzione della mortalità, indice espressivo del miglioramento igienico-sanitario del nostro Paese, si ricollega in parte all'abbassamento ottenuto nel campo della mortalità infantile e di quella per malattie infettive.

***

Le *malattie esotiche* non diedero manifestazioni degne di nota; e, per le *malattie esantematiche*, mentre la *scarlattina* accennò a declinare, le denuncie di *morbillo* segnarono, durante il 1925, un aumento che superò le manifestazioni avutesi nell'ultimo decennio, e che forse è da ascriversi ad una delle consuete fasi di recrudescenza contro la quale, a causa della grande diffusibilità del contagio, l'intervento profilattico dà limitato rendimento.

Nel campo della profilassi del *vaiuolo*, di cui si ebbero nel 1925 poche e lievissime manifestazioni, la Direzione Generale della Sanità Pubblica ha proseguito l'azione già iniziata per imprimere una maggiore disciplina nel servizio delle vaccinazioni jenneriane in modo da avere la sicurezza che le vigenti disposizioni di legge saranno ovunque osservate, ciò che agevolerà il controllo sull'effettivo stato immunitario della popolazione rispetto al vaiuolo.

Di particolare interesse sono le ampie notizie fornite dalla Relazione intorno all'andamento delle *malattie sociali*.

Nei riguardi della *tubercolosi*, le recenti statistiche ufficiali indicano che mentre la cifra complessiva della mortalità per tubercolosi in genere, dopo il sensibile aumento determinatosi durante il periodo bellico, è discesa ad un quoziente pressochè uguale a quello dell'immediato anteguerra, la cifra, invece, della mortalità per tubercolosi polmonare si mantiene ad un tasso notevolmente elevato. Questa constatazione ha spronato a perseverare ed a intensificare l'azione preventiva e profilattica antitubercolare. Viene, pertanto, illustrata e prospettata l'importanza cardinale che, nell'ambito delle varie Provincie, rivestono oggi i Consorzi Provinciali Antitubercolari, e vengono passate in diligente rassegna le varie Istituzioni antitubercolari e quelle di assistenza all'infanzia gracile e predisposta, l'azione di propaganda e tutte le altre attività che cooperano alla grande crociata contro il grave flagello.

La *malaria*, che è stata ed è tuttora oggetto delle più assidue cure della Direzione Generale della Sanità Pubblica, continua nella fase di decrescenza chiaramente dimostrata dalla tabella indicante l'andamento della mortalità per malaria. La Relazione contiene molti dati e molte notizie interessantissime nei riguardi delle manifestazioni dell'infezione malarica nelle varie Regioni, della profilassi attuata, della piccola e della grande bonifica, ecc.

Nel campo della *profilassi antivenerea* e della *vigilanza sul meretricio*, la Direzione Generale della Sanità Pubblica ha svolto opera assidua per migliorare ed accrescere i servizi relativi e sta ora studiando norme più precise per una rigorosa disciplina e per assicurare l'osservanza dei provvedimenti sanitari specialmente nei riguardi della vigilanza sul meretricio clandestino.

La questione del *cancro* è stata oggetto di particolare attenzione nell'intento di dare ad essa una razionale organizzazione ed uno sviluppo adeguato alla grande importanza del problema sanitario e sociale. L'impulso impresso dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica alla lotta contro i tumori maligni si è manifestato in tre ordini di provvedimenti: *a*) la istituzione del Laboratorio Fisico e Ufficio del Radio, presso la Direzione Generale predetta, avente lo scopo di trattare sotto il riguardo fisico, tutta la materia inerente alla fisioterapia e di costituire l'organo di controllo sugli Istituti che attendono alla produzione ed alla utilizzazione di preparati radioattivi; *b*) la istituzione, in Roma, di un organo a funzione assistenziale da servire quale centro di studi per la pratica applicazione delle risorse fisiche nella terapia del cancro e dei tumori. Tale organo costituito dall'Ospedale di S. Gallicano reso indipendente dall'Amministrazione degli Ospedali, ma posto alla dipendenza della Direzione Generale della Sanità Pubblica, ha assunto il nome di « R. Istituto Fisioterapico Ospedaliero di S. Gallicano », gestito quale Ente parastatale; *c*) lo stanziamento in bilancio dell'annua somma di lire due milioni per l'incremento degli studi sul cancro, per contribuire al funzionamento del Laboratorio Fisico e dell'Istituto Fisioterapico Ospedaliero, e per agevolare l'impianto ed il funzionamento di Centri di accertamento diagnostico e di cura del cancro.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica, poi, di concerto con il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, prosegue nella importante inchiesta demografico-sanitaria sulla diffusione dei tumori maligni, con la raccolta di un cospicuo materiale d'indagine riguardante casi clinici e casi di morte.

La lotta contro il *tracoma* è stata intensificata specialmente nelle Provincie che risultavano più colpite, ed il numero dei Dispensari gratuiti antitracomatosi, da 156 nel 1924, è salito a 196 nel 1925. Per poter avere una conoscenza per quanto possibile precisa della attuale diffusione del tracoma, la Direzione Generale della Sanità Pubblica ha in corso una apposita inchiesta.

La Relazione si occupa, poi, del *gozzo endemico*, dell'*anchilostomiasi*, della *pellagra* (ormai pressochè del tutto scomparsa), della *lebbra* (per la quale con apposita Legge si emanarono speciali provvedimenti di tutela sanitaria e di profilassi statale), della profilassi sociale delle *malattie mentali*.

Il volume contiene, ancora, i capitoli riguardanti: il *controllo dei sieri e vaccini* e la *vigilanza sugli alimenti e bevande*. Nei riguardi dell'*esercizio professionale* dei medici tratta dell'accordo di reciprocità statuito fra l'Italia e l'Inghilterra. Riceve inoltre speciale trattazione il *servizio farmaceutico*. Quanto allo *stato sanitario del bestiame*, la Relazione si diffonde con particolari cenni sulle varie malattie infettive e sui provvedimenti profilattici contro le epizoozie, segnatamente sugli interventi immunizzanti. Segue la esposizione sull'attività svolta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica per la esecuzione di *opere igieniche*. In complesso, i mutui di favore per opere di provvista di acqua potabile, autorizzati dal 1° luglio 1925 al 30 giugno 1926, dal Ministero dell'Interno, ammontano a circa 140 milioni di lire, mentre per le altre opere igieniche (fognature, cimiteri, ecc.) i mutui ammontano, nello stesso periodo, a 22 milioni.

Infine, seguono i capitoli concernenti l'applicazione delle vigenti disposizioni sulle *acque minerali* e sugli *Stabilimenti termali*, le quali mirano alla tutela e conseguentemente al maggior prestigio delle nostre acque minerali.

Al termine del primo volume, il Direttore Generale dott. Messea, conchiude riaffermando che la Direzione Generale della Sanità Pubblica svolge i suoi molteplici servizi « tutti immedesimati con la vita del Paese, con le sue attività produttive, con le sue industrie, con i suoi commerci, con i suoi movimenti demografici, con le sue opere di risanamento, avendo innanzi agli occhi la visione di una Patria sempre più sana, sempre più forte ».

Il secondo volume della Relazione riunisce i numerosi provvedimenti che furono emanati per il sempre crescente impulso impresso dal Governo Nazionale alla grande opera di ricostruzione che caratterizza l'ora presente, le circolari illustrative, l'elenco delle acque minerali naturali italiane, l'elenco delle Istituzioni antitubercolari permanenti, e, infine, una dotta memoria sulla « vaccinazione antitifica », contenente dati e notizie sulla sua applicazione nei vari Stati.

Con questa pregevole e completa Relazione, ove l'esposizione dei fatti è resa con particolare evidenza in una forma sobria e concisa, il Direttore Generale della Sanità Pubblica, dott. Messea, riesce a porre in rilievo l'opera dei suoi apprezzati collaboratori, i quali, per quanto rappresentino competenze diverse, pure riescono a fondersi in un'azione coordinata ed armonica, quale può aversi soltanto allorchè la passione per l'alta finalità prefissa, riunisce ed esalta il comune lavoro.

*
* *

Tanto più encomiabile è quest'opera, in quanto essa si svolge tra difficoltà e strettezze di cui è indice la posizione economica fatta al personale della Sanità pubblica, il quale, sotto questo riguardo, ha non poco da invidiare ad altri Paesi.

Noi ci auguriamo che siffatta condizione d'inferiorità venga sanata, se si vuole che in avvenire uno dei più importanti servizi pubblici — forse il più importante — continui a reclutare elementi di prim'ordine e dia il massimo rendimento.

A. V.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Sanitario Fascista di Roma e Provincia.

Il segretario del Sindacato Medico Fascista rende noto che la quota dovuta dai sanitarî iscritti al Sindacato per il primo semestre del corrente anno è di L. 18 a cui bisogna aggiungere L. 10 per la tessera. I medici condotti della Provincia non più tardi del 20 aprile dovranno spedire le L. 28 ai rispettivi fiduciari; i nuovi iscritti dovranno aggiungere alla predetta somma L. 20.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BANZI (*Matera*). — Al 20 apr.; L. 7000, oltre L. 500 uff. san., e L. 500 servizio necroscopico; sei quadrienni.

BUONABITACOLO (*Salerno*). — Al 20 apr.; v. fascicolo 14.

CAMPO NELL'ELBA (*Livorno*). — Consorzio 3 frazioni; ab. 2000; pov. 300 c.; domanda all'« Assemblea Consorziale Sanitaria ».

Condotta per S. Piero Campo; ab. 1200; pov. 250 c.; domanda al Podestà.

Per i due concorsi scad. 20 apr.; tassa L. 50.20. Stip. L. 12,000. Informazioni dalla Segreteria comunale.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Per S. Anna e Cavanella d'Adige; L. 9000, indenn. c.-v. e trasp.; alloggio gratuito. Scad. 30 apr.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — A tutto 30 apr.; vedi fasc. 14.

CONFLENTI (*Catanzaro*). — Scad. 28 apr.; lire 7000; età lim. 45 a.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitarî per 3 Comuni e 2 Consorzi; scad. 30 apr.; v. fasc. 11.

FELTRE (*Belluno*). *Ospedale Civile.* — Al 15 mag.. medico primario; vedi fasc. 14.

FERRARA. — Scad. 30 apr., per Denore; L. 9800 e 5 quadrienni dec.; L. 3000 complementari; lire 2500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

FOGGIA. *R. Prefettura.* — Med. cond. presso Colonia Coatti di Tremiti; v. fasc. 14. Scad. 30 apr.

GARGNANO (*Brescia*). — Al 30 apr.; L. 10.000 e 6 quinq. dec., c.-v., L. 2000 cav. tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 12 mar.

GENOVA. *Ospedali Civili di San Pier d'Arena.* — Concorsi per titoli ed eventualm. esami ai seguenti posti:

primario neuropatologo; L. 4000 (*sic*) aumentabili a L. 6000 quando avrà un reparto in piena efficienza; nom. quinquennale e conferme triennali fino a 65 a.; 6 anni di laurea o 5 di aiutato in importanti istituti ospedalieri;

due posti di medico interno; L. 5000; nom. triennale e conferme biennali fino a 50 a.; sono ammessi i neo-laureati;

aiuto pediatra; L. 5000; stesse condiz. ma tre anni di laurea (al 15 marzo).

Per i tre concorsi tassa di L. 50. Scad. 20 apr.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e direttore dell'Ufficio Municip. d'Ig. del Comune di Genova unificata; scad. 25 apr.; vedi fasc. 11.

MESSINA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari di Milazzo e di Mistretta; vedi fasc. 14. Scad. 30 apr.

MINUCCIANO (*Ferrara*). — Scad. 25 apr.; lire 10.000 oltre c.-v. in L. 1200 e L. 3000 trasp.; età lim. a. 45; tassa L. 50.15.

MONDOLFO (*Pesaro*). — A 30 gg. dal 4 apr.; capol.; L. 8000 e 2 c.-v.; trasp. L. 3000, addiz. L. 3 oltre 500 pov.; per uff. san. L. 600; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MORFASSO (*Piacenza*). — Al 15 apr.; v. fasc. 14.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — Ufficiali sanitarî per due Comuni e un Consorzio; vedi fasc. 11. Scad. 25 aprile.

PARETO (*Alessandria*). — Scad. 15 mag.; consor. con Moglia; L. 7000 per 70 pov. circa; indenn. L. 500; in corso aumenti a L. 8000 e 2000 rispettivam.; se uff. san. L. 800; età lim. 45 a.

PERTOSA (*Salerno*). — Scadenza 20 apr.; L. 7000 e quadrienni dec.; L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Per altre informazioni rivolgersi Segreteria.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 8 tenenti med. in serv. perm. nel Corpo San. Milit. Maritt. Scad. 5 maggio. Vedi fascicoli 9 e 13.

SANT'AGOSTINO (*Ferrara*). — A 1 mese dal 1° aprile, per San Carlo; L. 9500 e L. 2000 (variab.) cav.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi.

SORANO (*Grosseto*). — Per Sorano-Elmo-Montebono; L. 10,500 e quadrienni dec., oltre assegno L. 800 per i coniugati e L. 300 per i celibi; L. 1000 per cavalc., senz'obbligo di tenere il cavallo; scad. 30 apr.

TERRANOVA DI SICILIA (*Caltanissetta*). — Scad. 2 mesi dal 21 feb.; L .8000, oltre c.-v.

TRAPANI. — Scad. 15 apr.; vedi fasc. 14.

TRIESTE. *R. Prefettura.* — Uff. san. del Comune di Trieste; vedi fasc. 14. Scad. 26 apr.

VILLADOSE (*Rovigo*). — Al 15 apr., ore 18; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; stip. L. 8000 e 5 quadr. dec.; indenn. c.-v., serv. att., trasp. (L. 1000-1500-3000), uff. san. (L. 500); addizion. L. 5 oltre 20%; kmq. 28; ab. 4566; serv. entro 15 gg.

ZELOBUONPERSICO (*Milano*). — Scad. 1 mag.; lire 14.700. Chiedere bando.

Al primo giugno vendesi per lire trentamila, nel centro di Roma, avviato gabinetto dentistico e laboratorio completi con sala di ricevimento. Annesse due stanze per uso di abitazione. Scrivere: cav. L. GIULIANI, Via Cavour, 47, Roma

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio dell'Ordine Mauriziano, preoccupandosi di provvedere senza ritardo alla Direzione dell'Ospedale Mauriziano di Torino, già tenuta con tanta autorità e fama dal senatore prof. Antonio Carle, ha ad essa designato a voti unanimi il prof. Ottorino Uffreduzzi, titolare della cattedra di patologia chirurgica presso l'Università torinese.

L'Uffreduzzi, distinto allievo del prof. Carle, è noto come valente operatore e patologo.

NOTIZIE DIVERSE.

Lega italiana per la lotta contro il cancro.

La Lega ha convocato una riunione di tutti coloro che rappresentano una attività nel campo della lotta contro il cancro in Italia, per risolvere alcuni problemi pratici, per stabilire le linee generali del programma da svolgere, per far conoscere al corpo sanitario ed alla Nazione l'importanza di una attività il cui alto valore è superfluo dimostrare.

Il Capo del Governo ha dato la sua autorevole approvazione all'opera svolta fin qui dalla Lega e al programma della riunione che dovrà tenersi a Milano nel corrente anno.

A questa riunione la Lega Italiana chiede l'intervento di quanti si interessano in qualsiasi modo alla questione del cancro: clinici medici e chirurgi, patologi, medici ospedalieri e condotti, liberi esercenti le professioni sanitarie, odontoiatri, levatrici, filantropi, amministratori di ospedali, di opere pie, di Comuni, studiosi di questioni sociali, tutti possono e devono contribuire nel loro campo e con le loro forze ed attenuare, a limitare, ad arrestare i danni e i dolori che provengono dalla crescente diffusione del cancro. La Lega chiede l'adesione di tutti e specialmente di quelli che, già pensosi del grave problema, in qualsiasi modo hanno dato già e dànno la loro cooperazione alle istituzioni sorte dentro e fuori dei confini della Lega.

Il Convegno, che avrà scopi essenzialmente pratici, sarà organizzato da un ristretto Comitato locale di Milano in accordo col Consiglio Direttivo.

In questo convegno la Lega intende far conoscere quanto ha fatto e quello che si prefigge di fare e nello stesso tempo apprendere dagli altri quello che hanno fatto e che faranno: portare a conoscenza di tutti, per comune vantaggio, l'organizzazione e l'opera delle istituzioni simili delle altre Nazioni e sopratutto stabilire, dopo gli opportuni scambi di idee e le necessarie discussioni rapide e concise, la coordinazione delle forze e dei programmi mirando solo allo scopo di fare cosa utile per il bene e la salute della nostra Italia.

Le adesioni sono da inviare alla Presidenza della Lega in Roma (13), via Alberico II, 4-B, indicando se si vorrà anche riferire su qualche argomento comunicandone l'oggetto (di indole generale o particolare, profilattico, terapeutico, statistico ecc.). L'adesione e le proposte saranno trasmesse al Comitato di Milano (24), via Darwin, 25, al quale spetta la completa organizzazione della riunione, che avrà luogo nell'ottobre p. v.

Il Consiglio Direttivo Centrale è così composto: Presidente: prof. sen. Lustig Alessandro, Roma; V. Presidenti: prof. Ascoli Maurizio, Catania, prof. Bastianelli Raffaele, Roma; Segretario generale: prof. Gallenga Pietro, Roma; Consiglieri: proff. Belfanti Serafino, Milano, Bertolotti Mario, Torino, Fichera Gaetano, Pavia, Lusena Gustavo, Genova, Radaeli Francesco, Genova, Sclavo Achille, Siena, Sfameni Pasquale, Bologna, Viola Giacinto, Bologna; Segretario agli atti: dott. Guido Bini, Roma.

Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi.

Come è noto, il Governo Nazionale ha stabilito che in un giorno dell'anno in ogni centro l'Italia debba essere organizzata la « Festa del Fiore », allo scopo di intensificare fra il popolo la propaganda contro il funesto flagello della tubercolosi.

La « Festa del Fiore » mira a promuovere periodicamente nelle varie città d'Italia una vibrante affermazione di solidarietà civile e di fratellanza umana intorno all'angoscioso problema dell'assistenza e della prevenzione della tubercolosi, per facilitare così la tanto desiderata formazione di una coscienza antitubercolare nel popolo, e nel medesimo tempo serve a raccogliere fondi per sovvenire le Opere antitubercolari locali meno prospere e per crearne delle nuove ove occorrono.

La Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi allo scopo di agevolare i Comuni, le Istituzioni e i Comitati nell'organizzazione della « Festa del Fiore » ha compilato delle norme per la preparazione e svolgimento le quali già trovarono utile applicazione, ed ha preparato altresì una serie di piccole pubblicazioni assai adatte ai fini della propaganda antitubercolare.

Per ogni informazione rivolgersi alla Segreteria della Federazione contro la Tubercolosi, via Toscana, 12 - Roma.

Congresso Internazionale di Urologia.

Il III Congresso della Società Internazionale d'Urologia si adunerà a Bruxelles dal 3 al 6 agosto, sotto la presidenza del prof. Jean Verhoogen. Tre temi sono posti all'ordine del giorno: 1) « Valore comparativo dei vari esami del sangue e dell'urina in chirurgia urinaria », relatori: Chabanier (Parigi), Kojen (Belgrado), Quinby (Boston); 2) « Trattamento dei tumori della vescica con gli agenti fisici », relatori: Beer (New York), Fryszman (Varsavia), Heitz-Boyer (Parigi); 3) « Trattamento della tubercolosi genitale », relatori: Barney (Boston), Gamberini (Bologna), Walker (Londra). Per qualsiasi informazione rivolgersi al dottor Jean de Smeth, boulevard de Waterloo 126, Bruxelles.

Congresso Inglese di oto-rino laringologia.

L'Associazione dei chirurgi oto-rino-laringologi della Gran Bretagna tiene il suo 6° Congresso per la prima volta in Francia, a Bordeaux, dall'11 al 13 aprile, nella Clinica oto-rino-laringologica diretta dal prof. Portmann.

Corso di perfezionamento in tisiologia.

L'Associazione Fascista per gli Istituti privati di cura del Lazio ha preso l'iniziativa di istituire un corso gratuito di specializzazione in tisiologia per i medici e studenti laureandi in medicina e chirurgia. Tale corso sarà tenuto sotto gli auspici della Unione Industriale Fascista del Lazio, che — seguendo le direttive emanate dal Governo Nazionale e dalla Confederazione Generale Fascista del-

l'Industria Italiana in favore della costituzione o diffusione di opere assistenziali per le maestranze operaie — con tale corso inizia la realizzazione di un vasto programma.

Le lezioni — che avranno inizio nel corso del mese di aprile — saranno impartite dai professori Achille Angelini, Gaetano Laurenti, Felice Lo Bianco, Guido Mendes, Alessio Nazari, Vincenzo Nicoletti e Filippo Saraceni.

Per avere notizie precise sul programma e sull'orario delle lezioni e per effettuare le iscrizioni al corso stesso gl'interessati potranno rivolgersi agli uffici dell'Unione Industriale Fascista del Lazio, in Roma, via Cesare Battisti, 121 (Palazzo Assicurazioni Generali) in tutti i giorni dalle ore 17 alle ore 19.

Alla clinica del lavoro di Milano.

Nella corte della Clinica del Lavoro di Milano, alla presenza di numerose rappresentanze universitarie, degli Istituti clinici, della Corporazione forestale, di medici e del Gruppo fascista « Ugo Pepe », sotto gli auspicî del rettore dell'Università e dell'Associazione d'idroclimatologia, gli studenti del Liceo-Ginnasio G. Berchet, condotti dai loro docenti, procedettero al piantamento di una serie di faggi, per ricordare i collaboratori della Clinica del Lavoro, che sono mancati, ossia: dott. Angelo Bonfanti, dott. Guido Vimercati, dott. Amatore Meroni, prof. Giuseppe Dell'Isola, dott. Giovanni Ganora, dott. Piero Bai di G., prof. Silvio Torri, prof. Pier Diego Siccardi, dott. Giulio Loi, prof. Carlo Moreschi, prof. Fortunato Melocchi, prof. Amerigo Filia e l'operaio Arturo Franschini, che fu un grande sostenitore della Clinica stessa. Alla cerimonia presenziavano i figli dei commemorati.

La cerimonia, austera e solenne, come l'ha voluta il Ministro della Pubblica Istruzione, si chiuse con un breve discorso del direttore della Clinica, prof. Luigi Devoto, che, commemorati gli scienziati scomparsi e riferite le adesioni calorose del ministro Fedele, del gen. Boriani, di colleghi e discepoli, tessè l'elogio dei faggi dal punto di vista dei climi, della salute e dell'igiene, interessando molto i numerosi uditori, che, plaudenti, restarono tutti ammirati della riunione, indetta nel 17° anniversario dell'apertura della Clinica del Lavoro.

La Mostra delle Università italiane.

Nel prossimo agosto, per iniziativa del Gruppo Universitario Fascista, avrà luogo in Roma la seconda mostra delle Università d'Italia. Tale avvenimento assumerà particolare importanza, poichè nella stessa epoca converranno in Roma studenti di tutte le Nazioni per partecipare al Congresso della Confederazione Internazionale degli Studenti ed ai campionati mondiali universitari.

Il segretario generale del Partito, on. Augusto Turati, e il ministro della Pubblica Istruzione, on. Fedele, hanno già impartito opportune disposizioni perchè la mostra riesca in tutto degna del Fascismo, sotto i cui auspicî avrà luogo, di Roma che l'ospiterà e della tradizione universitaria italiana.

L'Opera Universitaria.

Il Ministero della P. I. in unione a quello delle Finanze ha comunicato al Consiglio di Stato, affinchè questo emetta il suo parere, il Regolamento per l'applicazione dell'art. 58 del R. D. 10 settembre 1923, relativo all'Opera Universitaria. Il regolamento sarà poi sottoposto alla firma Reale, dopo di che in ogni Istituto Superiore andrà sorgendo l'Opera Universitaria per l'assistenza scolastica.

Per l'Accademia Medica di New York.

La Fondazione Altmann ha donato 10,000 doll. all'Accademia; un anonimo si è impegnato a donare 10,000 doll. l'anno per tre anni; un altro si è impegnato a versare 10,000 doll. per la biblioteca, purchè entro il 1° luglio venga raccolta la somma di 300,000 doll. per lo stesso scopo.

Per l'Ospedale Italiano di New York.

Al « Metropolitan Opera House » di New York si è rappresentata la *Gioconda*, a benefizio dello « Italian Benevolent Institute and Hospital » (che ha sede alla 83-d Street e East River).

Gruppo di consultorî ostetrici e consultorî infantili.

L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, attenendosi alle disposizioni della legge, aprirà subito un primo gruppo di consultorî ostetrici e consultorî infantili in una cinquantina di Comuni. Ne seguiranno altri entro brevissimo termine. I consultorî sono affidati per la gestione ai Patronati locali dell'Opera nazionale e sono organizzati dai locali Fasci femminili che renderanno conto ai Patronati delle somme impiegate.

L'Opera nazionale, che sopperisce alle spese di impianto e di funzionamento, si riserva l'alta direzione e il controllo su tali delicati organismi di propaganda. Le componenti dei Fasci femminili hanno promesso la loro opera disinteressata e gratuita perchè i consultorî possano esplicare la loro azione nel miglior modo possibile.

Una conferenza del sen. Pestalozza.

Innanzi a 150 levatrici il prof. Pestalozza espose l'opera della levatrice italiana nella vittoriosa lotta contro l'infezione puerperale e nell'assistenza alla maternità ed all'infanzia per la quale consigliò ad iscriversi al corso di puericoltura organizzato dall'Opera Nazionale e che servirà a completare l'istruzione della levatrice, la quale dovrà assumere uno dei primi posti fra il personale che dovrà collaborare col Governo per l'attuazione della nuova grande legge di restaurazione sociale.

Prolusione del prof. Castiglioni.

Nella grande aula dell'antica Università di Padova il prof. Arturo Castiglioni ha iniziato il suo corso di Storia della Scienza, trattando il tema « Lo Studio di Padova e il rinascimetno scientifico italiano ». L'oratore mise in particolare rilievo

la parte avuta dal Vesalio, dal Falloppio, dal Colombo, dall'Acquapendente, dal Fracastoro, nel rinascimento delle scienze mediche e naturali, in cui l'Italia fu alla testa delle Nazioni e Padova centro di ogni studio e di ogni movimento di ricerca. La fondazione dell'insegnamento clinico in Olanda, l'istituzione dei primi ospitali in Inghilterra, l'insegnamento medico in Boemia, le scuole chirurgiche in Francia, traggono direttamente la loro origine dagli insegnamenti dell'Università padovana, fucina nella quale si temprarono tutte le energie della stirpe nel periodo aureo della storia d'Italia.

Onoranze al prof. Perroncito.

Per iniziativa dell'Associazione latino-americana, al Ristorante del Parco in Torino fu solennemente festeggiato l'ottantesimo compleanno del prof. Perroncito, membro onorario delle Università sud-americane e socio onorario dell'A. L.-A. Campeggiava un busto del festeggiato, opera dello scultore prof. Somà. Lette le adesioni, fra cui telegrammi dell'on. Boselli, del prof. Fernando Pérez, ambasciatore argentino a Roma, e del prof. Voronoff, allo « champagne » parlarono il gr. uff. Faillace, il Prefetto, il prof. Ghisleni e il prof. Somà. Per ultimo prese la parola il prof. Perroncito che ebbe commosse parole di ringraziamento per la manifestazione, tanto più perchè tributatagli dai rappresentanti di Nazioni in cui ebbe occasione di soggiornare raccogliendo onori e creando seguaci.

Per il prof. Cesare Roux.

Il periodico « La Revue Médicale de la Suisse Romande » ha consacrato il fascicolo 3-5, pubblicato il 15 marzo, a rendere omaggio al valoroso clinico chirurgo Cesare Roux, che desiste dalle sue funzioni didattiche e ospedaliere dopo un quarantennio d'intenso e proficuo lavoro.

Elargizione.

Il prof. E. Gavello ha legato morendo alla città di Torino: 50,000 lire per l'Ospedale di S. Giovanni, destinate all'istituzione di un assistentato in oto-rino-laringoiatria; 50,000 alla R. Accademia di Medicina; 10,000 alla Società di M. S. fra i medici; e per il Comune di Moncalvo: 50,000 lire all'Ospedale di S. Marco; 50,000 nonchè edifizi e terreni all'Asilo dei vecchi; 50,000 alla Congregazione di Carità e altre ingenti somme per altri scopi benefici.

Per la cura della leucemia.

Un olandese ha istituito un premio di 25.000 fiorini per il miglior lavoro sul trattamento della leucemia, purchè stimato degno del premio da una Commissione istituita dal fondatore e composta dei proff. Naegeli di Zurigo, van den Bergh di Utrecht e Snapper di Amsterdam. I lavori concorrenti dovranno essere inviati non oltre il 1° marzo 1928 al prof. Hymans van den Bergh, Clinica Medica, Utrecht (Olanda). In caso di guarigione di una persona di famiglia del fondatore, la quale soffre di leucemia mieloide, per mezzo del trattamento indicato, il premio verrà raddoppiato.

Per la cura della sclerosi a placche.

Un anonimo mise a disposizione della « Société de Neurologie » di Parigi, lo scorso anno, la somma di 100,000 franchi da attribuire all'autore di una scoperta che assicuri la guarigione della sclerosi multipla, entro il termine di due anni. La donazione venne poi integrata e modificata: i dividendi di otto azioni del Canale di Suez sono messi a disposizione della Società per tre anni, onde favorire le ricerche sulla malattia. I concorrenti devono essere di nazionalità francese. La prima assegnazione sarà fatta in luglio 1928.

Siero antitetanico richiesto per T. S. F.

« Bruxelles-Médical » del 17 marzo riferisce un episodio occorso durante un viaggio da Bordeaux a Rio de Janeiro del « Masillia », un gigante dei mari. Un viaggiatore fu colpito da tetano in seguito a una ferita fattasi qualche giorno prima di partire; su parere espresso dal medico di bordo Jullumiex, appoggiato da altri medici — Murguia (argentino), Lassala (uruguaiano) e Revault (francese) — fu deciso di chiedere, per radiotelegrafia, un forte quantitativo di siero antitetanico alla sede di Pernambuco della Compagnia di Navigazione; e quando la nave passò all'altezza di quel porto, modificò alquanto la rotta e fece una breve sosta per ricevere, mediante una scialuppa, il rifornimento di siero. Il paziente fu salvato. I passeggeri del « Massilia » hanno voluto attestare, con una dichiarazione recante 139 firme, il loro plauso al comandante Charmasson, il quale si è assunto la responsabilità di modificare la rotta della nave e di far compiere una sosta di 30 minuti, malgrado le forti spese che, per unità così poderose, importano i cambiamenti di rotta e i ritardi, che bisogna poi compensare aumentando la velocità.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Tommaso Isidori, ufficiale sanitario e direttore dell'Ospedale Civico di Fara Sabina (Roma), mentre il 5 gennaio, in omaggio alle disposizioni rigorose emanate in occasione di un'epidemia di tifoide, faceva un giro d'ispezione, cadde da cavallo, riportando la frattura intraarticolare del gomito destro e numerose ferite lacero-contuse. Ricevette due iniezioni antitetaniche. Ora il valoroso sanitario è in piena convalescenza e di nuovo al suo posto di lavoro, sebbene non perfettamente guarito.

Il dott. F. Guilzin, medico capo dello Ospedale di Issondun, è stato ucciso a soli trent'anni con due colpi di rivoltella dallo scultore parigino A. Martin, ricoverato nell'ospedale stesso per malattia mentale.

Con LUIGI LUZZATTI è scomparsa una delle figura più alte della vita italiana. Uomo di genio e apostolo del bene, studioso e uomo d'azione, ha impresso tracce durevoli nella nostra organizzazione economica e sociale e ha dischiuso nuovi campi al pensiero.

Esprimiamo al figlio dott. Tullio, docente di pediatria nel nostro Ateneo, alla famiglia tutta, il nostro profondo rammarico per il grave lutto, che è lutto nazionale.

A Sinalunga, spegnevasi la vita operosa del dott. GIULIO SALVI, che fu a lungo chirurgo direttore di quell'Ospedale, dopo essere stato per qualche anno medico condotto nel Comune, ove si svolse per un quarantennio la Sua benefica opera di professionista colto e coscienzioso. M.

Il dott. GIACOMO ROCCATAGLIATA, di S. M. Capua Vetere, a 68 anni, dopo 40 di vita professionale, mentre da poco aveva lasciato la condotta ostetrica, veniva fulmineamente rapito all'affetto dei suoi cari ed alla stima dei suoi amici e clienti. R.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il fascicolo 3 (Marzo 1927) contiene:

Lavori originali: G. CUZZI: A proposito di un caso di rottura spontanea del fondo dell'utero al settimo mese di gravidanza.
Fatti e documenti: A. VOLPE: Cisti d'echinococco dell'epiploon e cisti ovarica. — C. COGGI: Su un caso di difterite vulvare primitiva. — U. LA MONICA: Colpoperineoplastica causa di distocia.
La rubrica degli errori: A. MANNA: Emorragia da cancro del collo dell'utero in gravidanza simulante un aborto.
Riviste generali: O. TIMPANARO: Il valore degli estratti ipofisari nel secondamento e nel dopo-parto.
Conversazioni: P. GAIFAMI: In tema di responsabilità medica nella putrefazione del liquido amniotico, nella infezione puerperale, nelle lacerazioni perineali.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Sull'importanza clinica della gravidanza oltre il termine. — Sviluppo normale del feto dopo castrazione radiologica. — Per la diagnosi precoce di gravidanza. — Utero retroflesso gravido al secondo mese incarcerato con manifestazione di ileo. — Il vomito in gravidanza: sue cause e sua cura con estratto ovarico. — La protezione del perineo. — Sul taglio del funicolo. — **Ginecologia**: Vulvovaginiti nelle bambine e nelle giovanette. — Le malattie nelle donne che lavorano. — Cerviciti, erosioni e lacerazioni del collo dell'utero dal punto di vista della patologia. — La prova della sedimentazione nelle malattie pelviche della donna. — Sull'ampiezza del lume della pars interstitialis della tuba nella donna. — Gravidanza dopo bilaterale estirpazione delle trombe. — L'occlusione post-operatoria precoce in ginecologia. — L'innesto ovarico e le sue applicazioni alla terapia umana. — **Pediatria**: A proposito della patogenesi del melena dei neonati — La reazione del benzoino colloidale nel bambino. — Ittero famigliare grave dei neonati. — **Note di biologia**: Influenza delle ghiandole genitali come organi di secrezione interna sul resto dell'organismo. — Glucosio e insulina nelle tossiemie gravidiche. — Istologia dell'amnios verso il termine della gravidanza. — Avitaminosi e disturbi della crescenza.
Varietà: Endoscopia uterina. — Coabitazione, periodo mestruale e sesso del neonato.
Notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45.**

N. B. — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il fascicolo 1° (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto. ROMA.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Med. Klinik, 29 ott. — CRONE-MÜNZEBROCK. Lo stato subfebbrile. — I. ZADEK. Anemie pernic. atipiche.

Arch. Ital. di Dermat., ecc., lug. — G. VERROTTI. Lupus volgare e sifilide congen. — E. CHIAPPINI. Tensione arteriosa dei sifilitici.

Paris Méd., 30 ott. — BESSON e EHRINGER. Artriti dissenteriche.

Revue de Méd., 3. — C. FOIX e HILLEMAND. Rammollimenti protuberenziali.

Rev. Méd. Lat.-Amer., sett. — G. BOSCO. Il metabolismo come elemento prognostico nella tbc. polm. — P. L. ERRECART. Valore clin. del nistagmo vestibolare. — J. A. CALIRO. Anestesia region. del plesso brachiale.

Bull. Méd., 27-30 ott. — Num. sulla chirurgia ossea.

Amer. Med., sett. — A. H. WRIGT. I mali minori. — B. H. BEELER. Dyschezia.

Folia Med., 15 ag. — P. CASTELLINO. Della costituzione individuale.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero di sieroterapia.

Cl. Med. Ital., mag.-giu. — E. LIVINI. Splenectomia nell'ittero cron. emolit. splenomegalico.

Lancet, 6 nov. — F. G. CROOKSHANK. La teoria della diagnosi.

Wien. Klin. Woch., 4 nov. — HABERLANDT. L'ormone dell'attività cardiaca. — GRODEL e HUBERT. Il sangue nella diagnosi di pinguedine endogena.

Bull. Ac. de Méd., 26 ott. — D. DANIELOPOLU. Cura chir. dell'angina di p.

Terapia Contemp., 15 sett. — STERUBERGER. Cura interna della psoriasi. — G. CAVINA PRATESI. Iniezioni sottocut. di ossigeno.

Arch. di Patol. e Cl. Med., sett. — L. VILLA. Colesterinuria, colesterinemia e nefropatie. — P. BENEDETTI e U. DE CASTRO. Calcificaz. delle arterie.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 30 ott. — G. DI GUGLIELMO. Lipodistrofia progressiva.

Brit. Med. Journ., 30 ott. — E. BRAMWELL. L'emicrania.

Journ. A. M. A., 16 ott. — C. M. CARPENTER e H. E. MERRIAM. Febbre ondulante da Brucella abortus. — F. H. LATEY. Gozzo substernale. — R. PEMBERTON. L'artrite.

Deut. Med. Woch., 29 ott. — ZIEHN. Medicina e filosofia. — ANSCHÜTZ. Trattam. chirurg. della colelitiasi. — NENBURGER. I danni da salvarsan.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 17 ott. — A. GATTI CASAZZA. Acrocefalosindattilia.

Practitioner, nov. — J. E. ADAMS. Aderenze peritoneali e loro trattam. — M. YEARSLEY. Trattamento elettrofonoide della sordità. — S. D. FAIRWEATHER. Il piede piatto.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — E. MOSCHCOWITZ. Problemi di patologia renale. — E. R. KRMBHAAR. Quadri ematici leucemoidi in varie forme morbose. — J. BYRNE. L'ulcera varicosa.

Nipiologia, 1-3. — V. DELFINO. L'immigrazione nell'Argent. — P. GALAN BERGNA e L. LOSTE ECHETO. Orientazioni nipiologiche.

Zbl. inn. Med., 6 nov. — F. WOHLWILL. Sifil. renali.

Pediatria, 1 nov. — I. NASSO. Immunità nel neonato e nel lattante.

Giorn. Med. Mil., 1 nov. — Numero sulla profilassi anticeltica nell'Esercito.

Journ. d. Prat., 6 nov. — F. BEZANÇON. Eziol. della gangr. polm.

Rev. de la Tub., ott. — E. RIST. Le diagnosi erronee di tbc polm.

Rif. Med., 18 ott. — A. BARLOCCO. Periepatite traumat. — C. ZATTI e G. MIRAGLIA. Rapporti fra catalasi e coagulaz. del sangue.

Actinoterapia, ott. — M. SPINELLI. Inconvenienti e pericoli dell'actinoter. nei miofibromi ut.

Gaz. d. Hôp., 6 nov. — E. FORGUE. I dolori dei visceri.

Riv. Españ. de Med. y Cir., nov. — J. ARMENGOL DE LLANO. I silicati d'alluminio nella terapia moderna. — P. FERRARES. La cachessia fluorica.

Minerva Med., 10 nov. — G. GAMNA e C. CIPRIANI. Silicilato di sodio e acidosi.

Journal A. M. A., 23 ott. — J. MITCHELL. Minaccia delle r. W. lievi. — J. H. HESS e al. Digestione peptica del latte vaccino. — H. H. YOUNG. Sterilizzaz. nelle infezioni locali e generali.

Radiol. Med., nov. — P. OTTONELLO. L'aorta nella malaria cronica. — E. PAZZI. Mieloma multiplo delle ossa.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI
Redattore-capo: prof. **CESARE PEZZI**

Il fascicolo 3 (Marzo 1927) contiene:

Lavori originali: I. - G. ANTONELLI: Sul valore diagnostico e prognostico della pressione venosa in rapporto alla pressione arteriosa nelle affezioni cardiovascolari ed in alcune pneumopatie. — II. - G. AVEZZU' e V. CHINI: Intorno al significato clinico di alcuni reperti elettrocardiografici negli anginosi.
Rassegne, Riviste e Congressi: **Clinica**: Sull'insufficienza cardiaca di origine sifilitica. — Sulle asistolie di origine periferica. — Due nuovi casi di tachicardia a salve in soggetti giovani. — Un secondo caso di bradiritmia ventricolare da stenosi dell'arteria del ventricolo-nettore — Sul tenore dello zucchero nel sangue nelle affezioni cardiache. — Broncopolmonite da influenza e trombo-arterite dell'aorta addominale. — Di alcune prove funzionali cardiache determinate con la compressione addominale. — Problemi circolatori. — Trombosi considerevole dell'orecchietta sinistra per endocardite cronica. — Le modificazioni elettrocardiografiche sotto l'influenza della digitale e dell'uabaina. — **Fisiopatologia**: La registrazione grafica della pressione venosa nell'uomo, illustrata da alcune osservazioni sull'iperemia reattiva. — La contrazione isometrica del ventricolo di rana. — **Farmacologia**: Il supposto allungamento del periodo refrattario assoluto del muscolo ventricolare della rana per azione della veratrina. — Effetti della chinidina e della strofantina sul periodo refrattario del ventricolo della tartaruga.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a « Cuore e Circolazione » si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico « Le Malattie del cuore », nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di « Cuore e Circolazione » per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco:

A RICHIESTA SI INVIA NUMERO DI SAGGIO

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Manuali e Monografie delle Collezioni del "Policlinico,,:

Informiamo coloro che acquistarono il I Volume *Parte Generale* (NASO E CAVITÀ ANNESSE) del

Manuale di Oto-Rino-Laringoiatria

del Prof. GUGLIELMO BILANCIONI

che sono di prossima pubblicazione:

a) il Volume II: BOCCA - FARINGE - TIMO - TIROIDE;

b) il Volume III: LARINGE - TRACHEA - ESOFAGO;

e che, a breve distanza di tempo, seguirà

c) il Volume IV: Orecchio.

Sono anche di prossima pubblicazione:

Prof. Dott. PAOLO GAIFAMI

Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari.

Elementi di Ginecologia

Avviamento alla Diagnosi Ginecologica e Schemi di Terapia

per Medici pratici e Studenti.

Un volume di circa 300 pagine, nitidamente stampato su carta americana, con moltissime figure intercalate nel testo, parecchie delle quali originali, rilegato artisticamente in piena tela con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Dott. ENRICO PERITI

Medico Aiuto nel R. Arcispedale « S. Maria Nuova » di Firenze.

L'INSUFFICIENZA DEL CUORE

con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia

Prefazione del prof. LUIGI SICILIANO, della R. Università di Firenze.

Un volume in-8°, stampato in nitidissimi tipi tipografici, su carta semipatinata, con 23 figure intercalate nel testo.

È in corso di stampa:

Prof. VINCENZO GIUDICEANDREA

Pareggiato di Patologia Medica nella R. Università di Roma.

Manuale pratico di Diagnostica Medica

coi mezzi di Laboratorio.

Il libro sarà una esposizione essenzialmente clinica delle risorse che il Laboratorio può fornire per la diagnosi e per la prognosi, e per lo studio funzionale degli organi.

Senza trascurare i metodi di tecnica di più facile esecuzione e le nozioni fondamentali su quelli riservati agli specialisti, sono trattate particolarmente le indicazioni delle differenti ricerche, utili per i vari casi e per le singole malattie, per chiarire alcune sindromi, e l'interpretazione pratica dei risultati.

Riuscirà un volume di circa 400 pagine, con molte figure nel testo e nitidamente stampato su carta semipatinata.

Coloro che desiderano ricevere, appena pronte, uno o più delle sopramenzionate opere, abbiano la cortesi [...] *LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA.*

ANNO XXXIV Roma, 18 Aprile 1927 Fasc. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Un nuovo mezzo di attivazione in vitro della prova di Wassermann. (1)

Prof. V. GIUDICEANDREA.

In una serie di esperienze da me eseguite sull'uso degli antigeni acquosi ed alcoolici, comparativamente per la prova di Wassermann, avevo rilevato che non era soltanto la migliore conservabilità e la maggiore stabilità del titolo il pregio degli alcoolici, ma anche una più notevole costanza e più spiccata evidenza dei risultati positivi anche con sieri parzialmente devianti.

E m'ero convinto che l'alcool, o quale solvente di lipoidi o per qualche altra proprietà che non mi era possibile precisare, agisse favorendo in qualche modo il miglior risultato della prova di deviazione del complemento per la sifilide.

Risultati analoghi avevo ottenuti anche per la Prova di Weinberg, sostituendo all'antigeno liquido di cisti idatidea un particolare estratto alcoolico di una parte del parassita, di cui feci cenno in una seduta della R. Accademia medica di Roma.

Lessi perciò con particolare interesse la comunicazione presentata da Sciarra all'Accademia medica di Napoli nel giugno 1926 su una « Nuova sierodiagnosi della sifilide » fondata essenzialmente sull'uso dell'alcool, che avrebbe, secondo Sciarra, la proprietà di disgregare numerosi granuli e flocculi esistenti nel siero luetico, visibili all'Ultramicroscopio, e da ritenersi come aggregati antigeno-anticorpo, che in tal modo acquisterebbero la proprietà di deviare il complemento, senza l'intervento dell'antigeno estratto.

Secondo il detto metodo l'alcool, assoluto o a 95°, si unirebbe direttamente (cc. 0,10 a 0,15) a 0,20 o 0,30 di siero in esame, aggiungendo poi 1-5 di soluzione fisiologica, e poi il complemento, proseguendo pel resto come per la Wassermann comune.

Riassumendo gli esperimenti di controllo da me fatti su detto metodo, con numerosi sieri positivi, o parzialmente positivi, o sicuramente negativi, e sempre col contemporaneo controllo della Wassermann secondo la tecnica originaria, posso dir subito che mi parvero da prima solo in parte incoraggianti, poichè se ottenevo sempre la de-

(1) Da una comunicazione alla R. Accademia Medica di Roma nella seduta del 29 gennaio 1927.

viazione del complemento con sieri fortemente positivi, o anche parzialmente positivi colla comune W., invece non sempre avevo emolisi completa coi sieri negativi, e l'emolisi stessa era sempre lentissima, residuando talvolta un tenue e imbarazzante intorbidamento.

Volli allora provare con un altro solvente di lipoidi, l'*etere*. I risultati mi parvero, usando l'identica tecnica dell'unione diretta dell'etere al siero, migliori, in quanto, mentre non mancava la deviazione coi sieri positivi, essa mancava sempre coi sieri negativi, ed anzi l'emolisi avea la stessa rapidità che nei tubi pei quali mi ero servito della Wassermann comune.

Ma a questo punto, frenando la soddisfazione che stavo per sentire pel nuovo metodo all'etere, volli subito farmi una domanda, e cioè se i risultati positivi si erano avuti veramente per l'azione diretta dell'alcool o dell'etere sul siero, o non *piuttosto per la eccessiva dose, doppia o tripla, del siero stesso* rispetto a quella che si usa colla Wassermann originaria.

E non tardai a persuadermi che era proprio così, in quanto che in un'altra serie di esperimenti mi servii delle stesse dosi di alcool o di etere, ma nello stesso tempo di 0,20, di 0,30 e di 0,10 di siero. Orbene mentre la *deviazione si aveva colle quantità più elevate, mancava, pur trattandosi dello stesso siero sicuramente positivo, nei tubi nei quali la dose di siero era stata di 0,10 come nella comune Wassermann.*

Ma per evitare il più piccolo dubbio spinsi ancora oltre l'esperimento, usando le dosi di 0,20, 0,30 e 0,10 di siero, *ma senza affatto alcool od etere*, e soltanto diluendolo nelle opportune proporzioni con la soluzione fisiologica. Il risultato fu del tutto identico al precedente.

*
* *

Questo lavoro di controllo, pur portandomi a conclusioni negative nel senso proposto da Sciarra, mi persuase però che non era stato inutile per una *conclusione positiva ben diversa.*

Ho già accennato in principio al vantaggio pratico che gli antigeni alcoolici presentano per la Wassermann sugli acquosi, oggi meritamente abbandonati.

Inoltre nell'eseguire i suaccennati esperimenti avevo notato che coll'alcool, e non coll'etere, quando si aveva l'emolisi questa era lentissima.

Mi persuasi perciò che, se non proprio come fu indicato da Sciarra, in qualche altro modo che non è facile precisare, l'alcool esercita influenza sulla reazione, o favorendo l'attività deviatrice del siero, o, come è più probabile, semplicemente rallentando l'emolisi.

Ho pensato perciò di utilizzare questa proprietà dell'alcool nell'esecuzione del comune metodo della Wassermann servendomene non da solo, cioè senza l'antigeno, ma *col consueto antigeno alcoolico* regolarmente diluito secondo il titolo, e procedendo in tutto il resto con la solita tecnica della Wassermann, e ciò a fine di ottenere una maggiore evidenza dei risultati quando essi sono, pur con sieri luetici, poco apprezzabili.

Quanto alle proporzioni dei vari elementi, dopo parecchie prove ho visto che le migliori sono le seguenti:

Siero in esame	cc.	0.10
Soluzione fisiologica a 85 o a 90 ‰		0.30
Alcool a 95°		0.10

Il mezzo cc. di detta soluzione si unisce a quantità identiche della diluzione di antigeno e del complemento e si procede anche pel resto come nella Wassermann comune.

Non è conveniente unire direttamente l'alcool al siero e poi diluire, ma è preferibile o far la soluzione idroalcoolica e poi mettere il siero, o diluire questo e poi aggiungere l'alcool.

In quanto ai risultati posso dire che essi sono stati praticamente utili; e lo han dimostrato le numerose osservazioni da me fatte con sieri positivi, completamente o in parte, o negativi, colla contemporanea esecuzione del comune metodo Wassermann, e con tutte le ricerche collaterali sui precedenti degl'individui sottoposti ad esame, sulle cure antiluetiche fatte, sull'esito di siero-reazioni eseguite in precedenza ecc.

E credo di poter affermare quanto segue:

a) Nessun siero sicuramente negativo reagisce col detto metodo positivamente.

Eseguendo perciò contemporaneamente la Wassermann originaria e questo nuovo metodo, il risultato negativo in entrambi può dar sufficiente sicurezza.

Soltanto è da rilevarsi che l'emolisi si verifica molto più lentamente che col metodo comune e che perciò occorre attendere circa mezz'ora o poco più per ottenere la perfetta limpidità della miscela.

L'ulteriore persistenza dell'intorbidamento per oltre un'ora, o più, è da ritenersi sospetta.

b) I sieri positivi reagiscono in grado molto più intenso che col metodo comune.

Ed in questo caso si ha pure il vantaggio che l'intorbidamento persiste anche dopo molte ore, in modo da dare la maggiore sicurezza sul ri-

sultato della prova e la migliore comodità nel rilievo.

c) *I sieri di dubbia attività deviatrice, come suol verificarsi per quelli di soggetti curati o di eredo-luetici, reagiscono in modo sufficiente pel giudizio di positività, pur se debole,* molto meglio cioè che colla consueta tecnica della Wassermann.

Poichè è proprio in questi casi che risulta il vantaggio del metodo ho voluto assicurarmene col siero di numerosi luetici curati. Solamente per quelli pei quali le cure erano state molto lunghe ed intense ottenni con ambo i metodi la completa negatività della prova.

Tra i sieri eredo-luetici ne ricordo uno inviatomi da un collega senza aggiungere alcuna notizia sull'infermo. La comune W. mi dette soltanto emolisi un po' lenta, mentre il risultato fu apprezzabilmente positivo colla soluzione idroalcoolica. Seppi poi che si trattava di una signorina eredo-luetica, che presentava gravi fenomeni psicopatici.

d) *Molte cause d'errore della reazione, derivanti talvolta dall'eccessiva attività del complemento, o da non precisa titolazione del siero emolitico o da minor resistenza delle emazie, possono essere col nuovo metodo eliminate.*

Ritengo perciò che questo metodo di attivazione in vitro, che potrebbe utilizzarsi anche per quelle forme nervose parasifilitiche nelle quali la Wassermann può mancare nel sangue ed esser presente soltanto nel liquor, potrà bene sostituire la riattivazione biologica, come mezzo più pronto e più sicuro.

Dico che è più sicuro, poichè, malgrado una lunga esperienza, non ho potuto ancora persuadermi della reale e costante efficacia delle iniezioni riattivanti.

☛ *Interessante pubblicazione:*

Dott. GIUSEPPE GIORDANO
Medico negli Ospedali Riuniti di Roma.

La sifilide del midollo spinale.

SOMMARIO, in riassunto: **Parte Generale**: Cap. I. Introduzione. — Cap. II. Etiologia. — Cap. III. Cenni Anatomo-Fisiologici. — Cap. IV. Patogenesi. — Cap. V. Anatomia Patologica. — Cap. VI. Cenni Semeiologici e fisiologici sul midollo spinale. — Cap. VII. Sintomatologia. — Cap. VIII. Diagnosi. — Cap. IX. Evoluzione, decorso e prognosi. — Cap. X. Terapia. — Cap. XI. Sifilide ereditaria del midollo spinale. — **Parte Speciale**: Caso Primo (personale): *Ananmesi. Esame obbiettivo generale. Esame dei sistema nervoso. Autopsia. Reperto istopatologicd. Epicrisi. Conclusioni sul caso* Altri casi clinici. Conclusione. Bibliofrafia.

Un volume in-8° di pagine 229. Prezzo L. **25** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **22**, in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. SPEDALE DI GROSSETO
DIVIS. MEDICA diretta dal prof. GUGLIELMO MEMMI

Sopra un caso di perniciosa a sindrome acuta bulbare

per il dott. BENEDETTO DE LUCA, aiuto.

È noto lo spiccato tropismo che i plasmodi della malaria hanno per il sistema nervoso. Tale affinità, che è comune ad altri protozoi (Spirochete, Tripanosomi) rende ragione della relativa frequenza con cui si osservano disturbi nervosi negli accessi febbrili da malaria. Il sommo Baccelli, molto tempo prima della scoperta di Laveran, aveva detto in una delle sue memorabili sintesi: « La malaria è una potenza nociva più « sentita che intesa; essa però ci è nota nei suoi « effetti: colpisce nel tessuto sanguigno il glo- « bulo rosso, nel sistema nervoso prevalentemente « la sezione ganglionare ».

È quasi esclusivamente nelle forme perniciose che i sintomi di alterazione dell'asse cerebrospinale possono combinarsi nelle sindromi più complesse. Tali sindromi scompaiono il più delle volte con il declinare degli attacchi febbrili, ma possono bene spesso resistere a lungo anche dopo la scomparsa delle febbri ed allora rientrano nelle così dette successioni morbose della malaria.

Il problema patogenetico dei disturbi nervosi nella malaria è stato affrontato da molti autori: Griesinger, Niemeyer, Frerichs, Poncet, Charcot sostennero una teoria che potremmo chiamare meccanica o vascolare, la quale ricevette la convalida dell'anatomia patologica dal Marchiafava e dai suoi scolari Bignami, Bastianelli ecc. Secondo questi autori, in un primo tempo nei territori capillari dei centri nervosi si produce un rallentamento circolatorio il quale può arrivare fino alla stasi completa. Tale stasi che fu chiamata da Laveran anche trombosi parassitaria, perchè i vasi rimangono come trombizzati dai globuli rossi parassitiferi, ha la sua ragione di essere: In forza dello speciale tropismo degli ematozoi per l'asse cerebro-spinale, gli eritrociti contenenti parasssiti vengono convogliati in grande numero verso i territori cerebrali. Ora se si pensa che in alcuni punti il lume dei capillari è così angusto che i globuli rossi possono progredire solo per la loro elasticità, non dovrà meravigliare che gli eritrociti parassitiferi, i quali, per alterazioni indotte dai plasmodi in essi albergati perdono la loro elasticità e divengono a superficie irregolare, incontrino una estrema difficoltà a progredire nelle più piccole diramazioni

vasali. In tali condizioni gli endoteli subiscono delle alterazioni degenerative secondarie a difetto di circolazione, le quali divengono ragione nuova di maggiore rallentamento fino alla stasi globulare. (Bignami e Bastianelli). Marchiafava, in un caso di perniciosa con sintomi di paralisi bulbare, trovò all'autopsia specialmente alterati i nuclei del facciale, dell'ipoglosso e del vago. In essi la rete capillare era ricchissima, in alcuni punti come varicosa, ripiena di globuli rossi con parassiti, molti dei quali in sporulazione. Delle cellule nervose gaglionari alcune si mostravano istologicamente normali, altre presentavano il nucleo di aspetto vescicolare, ed altre infine avevano perduto ogni fine struttura. Da tale reperto dedusse che in vita vi dovette essere rallentamento circolatorio e forse vera stasi globulare.

Come conseguenza della stasi circolatoria può aversi la produzione di emorragie puntiformi che avvengono per diapedesi attraverso gli endoteli alterati e degenerati. Tali emorragie si producono più facilmente nella sostanza bianca, possono però verificarsi anche nella sostanza grigia e specialmente nei nuclei. È chiaro così che, a seconda dei centri maggiormente colpiti, si avranno sintomi nervosi diversi i quali potranno combinarsi in quadri morbosi di maggiore o minore gravità a seconda delle lesioni e della loro riparabilità.

La seconda teoria, sostenuta da Schupfer, Dopter, Queirolo, Roque, Sacquépée, vuole spiegare i disturbi nervosi nella malaria come conseguenza di una intossicazione prodotta da sostanze di origine parassitaria o intestinale. Le due teorie, a nostro giudizio, lungi dall'escludersi possono invece integrarsi a vicenda perchè, mentre da un lato si debbono tenere nel massimo conto i reperti anatomo-patologici, dall'altro non è possibile disconoscere e negare la esistenza di sostanze tossiche di origine parassitaria, le quali necessariamente debbono far risentire la loro azione sui diversi tessuti dell'organismo.

« Certamente, scrive Schupfer, alcuni casi di « sindromi malariche trovano la loro spiegazione « od esclusivamente od almeno parzialmente in « emorragie puntiformi della sostanza cerebrale, « ma con esse non si spiegano tutti i casi. Ammessa l'esistenza di tossine malariche, nulla « si oppone al pensiero che, oltre alle emorragie, le tossine abbiano una parte rilevante nella « produzione dei disordini nervosi in generale e « che ne possano avere anche nel determinare « le emorragie stesse ».

Una teoria mista perciò è quella che meglio si presta a spiegare la proteiforme sintomatologia nervosa nella malaria.

Una delle sindromi che attualmente con maggiore difficoltà è dato di osservare è quella che decorre col quadro di una paralisi acuta bulbare. Essa può essere a volte così completa che un medico il quale s'imbatte per la prima volta in questa forma di perniciosa è indotto facilmente a sospettare che si tratti di un individuo il quale, affetto da paralisi bulbare, sia stato colpito dalla infezione malarica (Marchiafava). Tale forma illustrata per la prima volta dal Marchiafava, fu in seguito descritta da Bastianelli, Bignami, Orlandi, ecc. Nella raccolta delle cartelle cliniche dello Spedale di Grosseto, ricca di molte migliaia di casi di malaria, non sono riuscito a trovare un caso di perniciosa a sindrome bulbare così completa come quella capitata alla mia osservazione e che perciò credo degna di essere illustrata.

Riassumo brevemente la storia clinica:

R. Vincenzo, di anni 12, da Grosseto. Nulla di notevole nel gentilizio e muta l'anamnesi personale remota. I parenti non sanno dire con precisione se egli fu in precedenza colpito da malaria. Il 6 settembre 1925 fu colpito improvvisamente da febbre con brividi, accompagnata da vomito, gastralgia intensa e dolori alla regione splenica. La temperatura si mantenne subcontinua nei giorni seguenti, con qualche remittenza che avvenne con sudorazione. Senza avere intrapresa alcuna cura chininica, per l'aggravarsi dei sintomi, fu ricoverato in Ospedale il 14 settembre.

All'atto del suo ingresso presentava all'esame obbiettivo:

Aspetto sofferente, respiro dispnoico, sensorio un po' ottuso, nutrizione scadente, colorito terreo, mucose visibili intensamente pallide.

Apparato respiratorio: Catarro bronchiale diffuso.

Apparato cardio-vascolare: Cuore nei limiti normali, toni deboli ma puri, ritmo pendolare. Polso alla radiale piccolo, molle, frequentissimo (140-150).

Addome: Meteorico, fortemente dolente alla palpazione, in ispecie verso l'ipocondrio sinistro.

Il fegato in alto raggiungeva il 5° spazio, in basso le false coste, lievemente aumentato di consistenza.

Milza: Debordante due dita dall'arco costale, in alto con la percussione si delimitava all'8° spazio, liscia, molle, dolentissima.

Sistema nervoso: Particolarmente interessante riuscì l'esame del sistema nervoso che mise in evidenza una spiccata paresi bilaterale del facciale inferiore, più marcata a sinistra. I solchi naso-labiali erano scomparsi, la rima buccale semiaperta con l'angolo sinistro un po' abbassato da cui fuoriusciva in abbondanza saliva.

La mobilità della lingua molto ridotta con particolare difficoltà nel movimento di protrusione.

Palato molle completamente immobile; ogni tentativo d'ingestione dei liquidi provocava il rigurgito dei medesimi dalle narici. Voce stentata, fortemente fioca.

Normali tutti i movimenti oculari: pupille uguali e reagenti, sebbene torpidamente, alla luce ed alla accomodazione. Nulla di notevole all'esame del fondo oculare. Nessun segno di alterazione a carico del 5° paio.

Ben conservata appariva la mobilità del tronco e degli arti.

Riflessi: deboli i rotulei, più vivaci gli achillei, non Babinski nè Oppenheim. Presenti gli osteo periostei, i cremasterici, gli addominali.

ESAMI DI LABORATORIO.

Urine: piccole traccie di albumina non dosabili.

Sangue e conta dei globuli: eritrociti 3.500.000. Globuli bianchi 4600. Hb = 65. Valore globulare = 0,92.

Esame microscopico di uno striscio allestito secondo il metodo di Giemsa: Presenza di numerosi plasmodi di estivo autunnale e spiccata leucopenia a carico dei polinucleati.

Dopo tale reperto ematologico non dubitammo di porre la sindrome bulbare presentata dall'infermo in relazione alla infezione malarica. Data la gravità del caso fu prescritta la chinina per iniezione endomuscolare e contemporaneamente si provvide a sostenere le forze dell'infermo cogli eccitanti.

Non pertanto le condizioni dell'infermo si mantennero gravi per qualche giorno ed anzi alcuni disturbi, quali la disfagia, si accentuarono, la voce poi divenne completamente afona tanto che il paziente riusciva a farsi comprendere solo a breve distanza e con grande difficoltà.

Il giorno 20 si ebbe caduta della temperatura accompagnata da leggiero miglioramento dello stato generale mentre il quadro nervoso si mantenne invariato. Fu sospesa la chinina per via ipodermica e la somministrazione fu fatta per os a dosi giornaliere di gr. 1.20.

Il 24 nuovo rialzo di temperatura con brivido, dolori addominali, minzione scarsa. Un secondo esame di sangue risultò egualmente positivo per l'estivo-autunnale. Le urine dettero presenza di albumina 3 ‰ e nel sedimento cilindri granulosi ed epiteliali, leucociti ed emazie in grande quantità. In presenza di tale complicanza renale si credette opportuno di sospendere l'uso della chinina perchè ci corse il dubbio che al processo nefritico sopravvenuto non fosse estranea l'azione irritante dell'alcaloide. In sostituzione usammo i confetti di cloridrato di cinconina che vengono somministrati su larga scala, con indiscutibile efficacia, nel nostro Spedale.

La febbre si mantenne subcontinua fino al 2 di ottobre quando cadde per crisi. Da allora si ebbe apiressia e la sindrome bulbare si attenuò gradatamente fino a dileguarsi del tutto in capo ad un paio di settimane. Prima a ristabilirsi fu la motilità della lingua e del palato molle: la deglutizione dei cibi potè farsi senza difficoltà, permettendo così una migliore nutrizione del paziente. A breve distanza anche i muscoli mimici della faccia ripresero il loro tono normale. Unico sintomo che rimase persistente e pressochè invariato fu l'afonia. Il giorno 24 ottobre l'esame laringoscopico fatto dal prof. Mancioli dimostrò le corde vocali completamente immobili e nella posizione così detta cadaverica. La dispnea però, che nei primi giorni era abbastanza accentuata, non si osservava affatto nello stato di riposo ma sopravveniva ogni volta che il paziente si agitava. Il 27 ottobre nuovo attacco febbrile con brividi e vomito.

L'esame del sangue dimostrò ancora la presenza di schizonti e di rare forme semilunari.

L'accesso rimase isolato. Ulteriori esami di sangue eseguiti sistematicamente ogni giorno si dimostrarono sempre negativi per le forme in schizogonia, mentre le semilune rimasero a lungo circolanti fino a che, per la progressiva rarefazione non fu più possibile metterle in evidenza neppure col metodo della goccia spessa.

Il 10 novembre fu sospesa la cura cinconinica.

Lo stato infiammatorio dei reni, con alternativa di miglioramento e recrudescenza andò con grande lentezza attenuandosi talchè solo verso la fine di dicembre l'esame dimostrò le urine completamente normali. Il 30 gennaio 1926 il paziente venne dimesso dall'Ospedale. Del grave quadro morboso non residuavano che i disturbi della voce la quale si manteneva fioca con timbro leggermente nasale. Da allora è venuto molte volte alla nostra osservazione ma ancor oggi la voce non ha riacquistato del tutto il timbro e la sonorità normale.

Le condizioni generali però sono buone, le urine non presentano alcun elemento patologico, il sistema nervoso è completamente integro. Non ha avuto più alcun attacco febbrile.

Il caso da noi riportato non ci sembra privo d'importanza e si presta a varie considerazioni specialmente nei riguardi della diagnosi e della cura.

Quando il paziente venne alla nostra osservazione il quadro che egli presentava era quello di una paralisi acuta labio glosso laringea così completa nei suoi caratteri, da deviare con estrema facilità l'esatto orientamento diagnostico verso una qualsiasi ipotesi che avesse valso a darci spiegazione della sindrome acuta di paralisi bulbare. Vero è che la milza ingrossata e dolente poteva farci pensare ad un attacco malarico, ma d'altra parte poteva benissimo essere messa in relazione a malaria pregressa. Qui in Maremma quante volte accade di osservare dei tumori di milza anche abbastanza notevoli in persone che pure affermano di aver avute pochissime febbri!

Fu l'anamnesi accuratamente raccolta che, facendoci conoscere la maniera d'insorgere della malattia, c'indusse a pensare ad una forma di malaria perniciosa. Ma la certezza l'avemmo solo quando l'esame microscopico del sangue ci rivelò la presenza dei plasmodi dell'estivo-autunnale. La nefrite emorragica sopravvenuta dopo alcuni giorni poteva metterci in dubbio che il quadro bulbare non fosse che una sindrome uremica. Ma, a parte il fatto che difficilmente l'uremia si manifesta con un classico quadro di paralisi bulbare, la riprova della nessuna correlazione causale fra sindrome paralitica e nefrite, noi l'abbiamo in questo che la prima era già

completa quando ancora mancava ogni segno di una grave alterazione renale.

Ci sembra logico invece fare rientrare la nefrite nel quadro generale della perniciosa, perchè è noto che le alterazioni tossi-degenerative dei reni sono tutt'altro che rare ad osservarsi nelle forme di malaria grave (Ascoli). Dal lato terapeutico ci piace far risaltare l'efficacia indiscutibile della cinconina. Nel nostro Ospedale, per volere del prof. Memmi, centinaia di malarici sono stati trattati con la cinconina e sempre con ottimo risultato. Nel caso nostro in cui per misura di prudenza ci sentimmo autorizzati, in considerazione delle particolari condizioni dei filtri renali a sospendere l'uso della chinina, la cinconina ha dimostrato un'azione energica e pronta contro le forme parassitarie in schizogonia.

Contro le forme anfigoniche (semilune) la sua efficacia è stata molto minore, ma devesi considerare che anche il chinino spunta molte volte le sue armi contro queste forme che rappresentano l'estrema difesa che il parassita oppone per salvarsi dalla distruzione.

Importante a considerarsi è che pur nelle forme di perniciosa la cinconina può essere adoperata con fiducia perchè, mentre la sua efficacia non è sensibilmente inferiore a quella della chinina. la sua tossicità è certamente minore.

BIBLIOGRAFIA.

MARCHIAFAVA e BIGNAMI. *La infezione malarica* Casa editrice Vallardi.

MARCHIAFAVA. *Sulla infezione malarica perniciosa con sintomi di paralisi bulbare* Atti del Congresso di Medicina Interna, pag. 142; e Riforma Medica, 1890.

ASCOLI. *La Malaria.* Unione Tipografica Editrice Torinese, 1915.

LAVERAN. *Traité du paludisme*, 1898.

BASTIANELLI G. e BIGNAMI. *Studi sull'infezione malarica.* Bull. R. Accademia Med. di Roma, a. XX.

SCHUPFER. *Sopra alcuni disturbi nervosi nei malarici.* Ibid..

ID. *Ulteriore contributo allo studio dei disturbi nervosi e delle nevriti malariche.* Policlinico. Sez. medica, 1902.

BASTIANELLI e BIGNAMI. *Note cliniche sulla infezione malarica.* Bullettino della Società Lancisiana

ORLANDI. *Sindrome bulbare transitoria da infezione malarica acuta.* Suppl. al Policlinico, n. 16, 1896.

LUZZATTO. *Terzana estiva con sindrome bulbare.* Riforma medica, n. 15, anno XX.

BUSQUET. *Troubles nerveux intermittents d'origine palustre.* Revue de Médecine, 10 mai 1901.

REMLINGER. *Les déterminations du paludisme sur le système nerveux.* Gazette des Hôpitaux. 6 marzo 1897.

FUSCO. *Sindromi nervose da malaria.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 142, anno 1911.

CHIARINI. *Contributo alla conoscenza dei disturbi del sistema nervoso nella infezione malarica.* Policlinico, Sez. prat., 1900, suppl. N. 14..

BARDELLINI. *Sui disturbi e sulle alterazioni del sistema nervoso nella malaria.* Annali di Medicina Navale, pag. 219, 1898.

FORLI. *Sulle sindromi nervose post-malariche.* Bollettino della Società Lancisiana, n. 1, 1905.

SANGHEZ SANCHEZ. *Doble paralysis facial en el curso de una interm malarica.* Clinica Granada, pag. 229.

BELL. *Paralysis of malarial origine.* Indian med. Journal, 1887.

SACCHI. *Sulle paralisi da malaria.* Riv. Veneta di Scienze Mediche, pag. 348.

HURD. *Malarial paralysis.* Buffalo Med. and Surg. Journal, vol. 28, pag. 19.

MARCHIAFAVA e CELLI. *Sulla infezione malarica.* Atti R. Accademia Med. di Roma, 1887..

BENVENUTI. *Contributo alla anatomia patologica delle perniciose.* Il Policlinico, 1896.

DE FRANCESCO. *Sindromi cerebro-bulbo-spinali da malaria acuta.* Gazz. degli Ospedali, pag.. 1196.

MARINESCO. *Un cas de malarie des centres nerveux* C.-R. Soc. de Biologie, pag. 219, 1899.

OSPEDALE CAPO CIRCOLO DI MARIANO COMENSE.
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal primario prof. GUIDO BONZANI.

Sopra un caso di reviviscenza della mammella maschile nella cirrosi epatica

per il dott. DAVIDE ZANALDA, aiuto.

La comparsa d'una tumefazione della regione mammaria dell'uomo nel decorso della cirrosi epatica costituisce una eventualità molto rara. Quattro casi vennero segnalati per la prima volta dal Silvestrini, nel periodo di tempo decorrente fra il 1904 e 1923; ed altri due sono stati descritti recentemente in « Minerva Medica » n. 34-1925 dal dott. Luciano Corda aiuto di anatomia patologica nella R. Università di Siena, in una sua pregevole nota preventiva alla quale l'Autore si riserva di far seguire una più dettagliata relazione istologica sopra uno dei suoi casi che giunse alla sezione.

Ciò premesso, reputo interessante ed utile riportare un caso analogo caduto sotto la mia osservazione nel 1923, se non altro come contributo alla casistica molto scarsa di questa particolarità morbosa. In un ammalato di *Cirrosi epatica* di Laennec con ascite, ho notato io pure la comparsa, prima a destra e poi a sinistra d'una tumefazione della regione mammaria, la quale oltre impressionare assai l'infermo fece rimanere me pure assai perplesso, perchè l'interpretazione del fatto singolare a tutta prima non era ovvia.

Ma per andare per ordine sarà bene riportare almeno nelle linee principali la storia clinica dell'ammalato.

M. E., d'anni 45, conduttore di azienda agricola. Padre morto di embolia cerebrale a 68 anni, madre e due fratelli viventi e sani. Due fratelli morti uno di pleurite, l'altro di forma epatica non precisabile.

Dall'anamnesi personale remota risulta che nell'infanzia e nell'adolescenza non sofferse di speciali malattie: a 22 anni venne operato d'ernia inguinale bilaterale. Una particolarità interessante si ha a notare a questo proposito. Il paziente narra di avere osservato dopo l'operazione uno stravaso sanguigno nella parte destra dello scroto, che si riassorbì nel periodo di una ventina di giorni dopo del quale egli si accorse che il suo testicolo destro andava diminuendo di volume fino a ridursi alla grossezza attuale di un piccolo fagiuolo. Fin dalla giovinezza fu forte bevitore di vino e di liquori in occasione del pasto e fuori pasto. Non fumatore. Dichiara di non avere sofferto di malattie veneree e sifilitiche. Si ammogliò 15 anni or sono con donna tutt'ora vivente e sana; ma il matrimonio rimase sterile.

Godette sempre ottima salute fino a tre anni fa, quando cominciò ad avvertire un malessere generale con inappetenza, nausee, tosse secca e un decadimento generale delle forze, dopo alquanto notò che il suo addome aumentava di volume nel mentre che la diuresi diventava scarsa. Venni invitato allora dalla famiglia a prenderlo in cura. All'esame obbiettivo si notava: uomo di costituzione scheletrica regolare con pannicolo adiposo scarso, cute sollevabile facilmente in pieghe, masse muscolari ancora valide. Non vi era ittero spiccato, ma una lieve tinta subitterica. L'ammalato era dispnoico in modo notevole. Al cuore nulla di speciale. Sull'ambito polmonare qualche fruscio pleurico posteriormente. I fatti più salienti erano a carico dell'addome ove si notava un evidentissimo reticolo venoso irradiantesi dall'ombellico (caput Medusae) ed un versamento endoperitoneale veramente cospicuo che oltre cagionare la grave ambascia respiratoria di cui soffriva il paziente rendeva assai difficile ed incerto l'esame del fegato e della milza: quest'ultima pareva assai aumentata di volume. Nelle orine presenza di pigmenti biliari e tracce di albumina. Data l'anamnesi ed il reperto clinico formulai la diagnosi di *cirrosi epatica*, in soggetto alcoolizzato.

Vennero allora messi in atto vari medicamenti allo scopo, favorendo la diuresi, di diminuire l'ascite (dieta lattea, polveri del Carlone, ecc.), ma senza alcun risultato; anzi accennando il versamento ad aumentare e crescendo l'ostacolo alla respirazione venne decisa la paracentesi.

L'operazione praticata dal prof. dott. Bonzani cav. Guido chirurgo dell'Ospedale di Mariano diede esito a buona parte del liquido, 11 litri circa, dopo di che l'ammalato provò un sollievo molto sensibile: migliorarono le condizioni respiratorie e vi fu anche un discreto aumento della diuresi sebbene per pochi giorni.

Fu possibile allora praticare l'esame del fegato e della milza.

Il fegato piuttosto duro ed impicciolito si sentiva sotto l'arcata costale nelle profonde ispirazioni: la milza risultò enormemente ingrandita arrivando col suo polo inferiore quattro dita trasverse sotto l'arcata costale.

Dopo una diecina di giorni dalla paracentesi la diuresi ritornò a farsi scarsa ed il versamento accennò ad aumentare di nuovo, non ostante fossero stati ripresi i medicamenti diuretici sopra accennati e venisse anche fatto un tentativo, rimasto però senza risultato, col calomelano. Mi decisi allora a tentare, d'accordo col prof. Bonzani, che vide nuovamente l'ammalato, la cura del cianuro per via ipodermica unitamente all'endoepatina dell'Istituto Sieroterapico Milanese ed a poltiglie di fegato fresco di vitello e di maiale per via orale. Si fecero in tutto una ventina di iniezioni di un centigr. di cianuro di mercurio, associato con stovaina per renderle più tollerabili, a giorni alterni. La cura fu coronata questa volta da migliore risultato poichè si stabilì in breve una diuresi veramente imponente e l'ascite andò man mano diminuendo fino a scomparire del tutto in poco più di un mese.

Fu allora, quando l'ammalato cominciava ad alzarsi dal letto, che si notò la comparsa di una tumefazione della regione mammaria destra della grossezza di una mezza arancia dolente con una zona di pigmentazione areolare intorno al capezzolo: schiacciando non si spremeva alcun liquido. La tumefazione comparve in seguito anche a sinistra ma in modo meno evidente. Lo strano fenomeno durò in atto una ventina di giorni, poi i dolori e la tensione scemarono ed il volume delle singole tumefazioni diminuì ma non scomparve del tutto specie a destra.

Stato presente: dopo quasi tre anni l'ammalato gode discreta salute, è migliorato assai nell'aspetto, è ingrassato, di colorito roseo; non ostante l'astensione dall'alcool non sia assoluta.

Fegato e milza: Il fegato presenta ancora la stessa riduzione di volume e la milza lo stesso ingrossamento.

Regioni mammarie: a sinistra nulla di notevole. A destra si vede e si palpa ancora un modico ingrossamento di consistenza dura-elastica, nodoso indolente.

Testicoli: quello destro è ridotto alla grossezza di un piccolo fagiuolo; quello sinistro di volume forse un po' più piccolo del normale.

Orine: pigmenti biliari assenti. A periodi, glucosio presente, quando l'ammalato si nutre abbondantemente di idrati di carbonio. Messo al regime la glicosuria scompare rapidamente (glicosuria da anepatia).

Innanzi tutto siamo qui di fronte ad un caso di ginecomastia vera o di ginecomastia falsa od apparente; in altre parole trattasi d'ipertrofia degli elementi ghiandolari o del tessuto adiposo?

La comparsa d'una zona areolare, la dolenzia, la forma a nodi della tumefazione, la breve durata della fase acuta del fenomeno, fanno ritenere si sia trattato di ginecomastia vera: d'altra parte un aumento del tessuto adiposo nella zona delle mammelle, mentre esso è in diminuzione in tutto il resto dell'organismo, non pare deponga troppo in favore di quest'ipotesi; tuttavia non si può escludere tale evenienza in modo assoluto, giacchè Pen-

de afferma che la castrazione (e l'ammalato nostro fino ad un certo punto lo si può considerare un castrato) determina talvolta l'aumento esclusivamente in certe regioni, fra cui le mammarie, e le mammelle appaiono ingrandite non perchè iperplastiche, ma perchè imbottite di grasso.

Comunque, trattisi di ginecomastia vera od apparente, il fatto deve, dopo quanto ha scritto in merito Corda, essere messo in relazione diretta coll'atrofia testicolare e colla cirrosi epatica. Pure tenendo il debito conto di quanto narra il nostro ammalato circa il danno che sarebbe derivato ai suoi testicoli dal trauma operatorio, appare troppo evidente il nesso, occasionale se non altro, fra cirrosi epatica e ginecomastia in atto. Forse vi era già un grado d'atrofia notevole nei testicoli per il fatto operatorio, e la cirrosi epatica la rese per così dire completa.

Ora sono note le osservazioni di atrofie testicolari in malati di cirrosi, fatte dal Kyrle e dal Weichselbaum, e le esperienze del Schopper, il quale provocava l'atrofia testicolare producendo ad arte delle alterazioni nel fegato degli animali d'esperimento.

Che a sua volta poi l'atrofia testicolare determini la ginecomastia, lo si spiega coll'alterazione dei rapporti che legano fra loro i vari organi a secrezioni interne.

È noto che dal testicolo partono ormoni che inibiscono il trofismo mammario; se questi ormoni vengono a mancare la mammella si ipertrofizza anche nel maschio (Pende).

Probabilmente anche nel caso nostro vi fu un momento in cui venne a mancare del tutto, per il fattore cirrosi epatica, le secrezioni interne dei due testicoli (forse la cirrosi epatica ha messo fuori funzione anche il testicolo sinistro, che dei due era il meno compromesso) ed in tal modo l'ipertrofia delle mammelle si è determinata.

Serve così di conferma anche il caso citato a quanto Pende asserisce che l'azione del tessuto endocrino genitale nello sviluppo e mantenimento dei caratteri del sesso è sempre relativo allo stato funzionante degli altri organi endocrini (fegato, ecc.), che portano agli organi genitali il loro aiuto ed il loro consenso in questa importante funzione del determinismo sessuale.

*
* *

Ho attualmente in cura un ammalato di cirrosi epatica in periodo iniziale, con fegato atrofico lieve ittero, edemi agli arti inferiori, scarso versamento addominale. Si tratta di un uomo d'oltre sessant'anni, carrettiere, senza malattie degne di nota nei suoi precedenti anamnestici, strenuo bevitore di vino e di liquori. Orbene in questo ammalato si rileva colla palpazione della regione mammaria sinistra una tumefazione lieve della grossezza d'una nocciuola o poco più, tumefazione che non si rileva a destra. Non vi è dolore, nè modificazione del capezzolo e dell'areola finora, come pure non si rilevano all'esame esterno in questo caso modificazioni dei testicoli, che paiono normali.

Che si tratti anche qui di un caso di ginecomastia in via di sviluppo? Non si può attualmente affermarlo in via assoluta. L'osservazione ulteriore del decorso potrà chiarire meglio il fenomeno e renderlo d'evidenza e di interpretazione più sicura.

BIBLIOGRAFIA.

CORDA. Minerva medica, n. 34, 1925.
PENDE. Endocrinologia.

LEZIONI.

La sclerosi a placche.

(DOUGLAS MC ALPINE. *British Medical Journal*, 12 febbraio 1927).

La sclerosi a placche è una malattia infettiva del sistema nervoso centrale. Fino a pocanzi si era molto disorientati circa l'etiologia di questa malattia, che era attribuita a cause patogene le più svariate. Ben considerando il decorso dell'affezione, la sua anatomia patologica, e tenuto conto di certe particolarità serologiche e dei risultati delle ricerche sperimentali, si può essere sicuri che si tratta di un'infezione, e molto probabilmente di un'infezione specifica.

Vi sono attacchi di così detta « influenza » che sogliono costituire l'inizio della malattia o accompagnare le ricadute durante il corso della sclerosi a placche. Si tratta di cefalea, malessere generale e febbre leggera. È più che probabile che questi attacchi che vengono attribuiti all'influenza sono invece la conseguenza della penetrazione nel circolo del microrganismo o della tossina della sclerosi a placche. Questi sintomi dell'infezione generale possono essere molto accentuati, ma il più delle volte sono molto leggeri fino a non essere rilevati o essere considerati come un'indisposizione banale e di nessun conto.

Il liquido cefalo-rachidiano spesso dimostra nella sclerosi a placche certe alterazioni che possono essere la conseguenza di un processo infettivo

acuto del sistema nervoso centrale. Il reperto abituale è il seguente: Wassermann negativa; lieve aumento del contenuto albuminoideo e cellulare; curva positiva nella metà dei casi alle prove con le sostanze colloidali, oro e benzoino.

Il reperto anatomo-patologico conferma la natura infettiva dell'affezione. Dawson scrive che « il processo fondamentale della sclerosi a placche è un'encefalo-mielite disseminata subacuta, che termina con la formazione di aeree disseminate di completa sclerosi. Tutto concorre a far ritenere che la sclerosi a placche è dovuta ad un agente patogeno specifico. È molto probabile che le lesioni siano prodotte da una tossina solubile che raggiunge il tessuto nervoso a mezzo del sangue ».

Bulloch nel 1913 iniettò nella regione dello sciatico di un coniglio il liquor prelevato da un giovane affetto da una forma acuta di sclerosi a placche. Al tredicesimo giorno si produsse paralisi degli arti posteriori e tre giorni più tardi paralisi di tutti e quattro gli arti e incontinenza di urina. Allora l'animale fu ucciso e si trovò intensa congestione ed edema della sostanza grigia del midollo. In un altro coniglio iniettò liquor filtrato e provocò paresi transitoria degli arti posteriori. Conclude perciò che si trattava di un virus filtrabile.

Kuhn e Steiner nel 1917 in un'estesa serie di esperimenti produssero paresi degli arti in due terzi degli animali iniettati con sangue di sofferenti di sclerosi a placche, mentre gli animali ai quali fu iniettato solo il liquor degli stessi ammalati, rimasero illesi.

Più recentemente Adams, Blacklock e Macluskie produssero in animali iniettati con liquor di malati di sclerosi a placche paralisi e sintomi cerebellari. La iniezione in altri animali di emulsione di tessuto nervoso centrale degli animali precedentemente inoculati produsse i medesimi disturbi.

Gli stessi autori nel sangue degli animali così trattati, e altri nel sistema nervoso centrale dei malati di sclerosi a placche trovarono alcune forme di spirocheti. Ma è da osservare che è facile trovare negli animali spirocheti di nessuna importanza patogena. D'altra parte va tenuto presente che, come si è detto, si tratta di un virus filtrabile.

Adams sostiene che l'infezione sia di natura esogena. Egli ha notato che ne sono colpiti giovani validi e con sorprendente prevalenza contadini e legnaiuoli. Steiner ha rilevato che la malattia è sconosciuta in Cina e nel Giappone, è rara in Italia ed ancor più nel Sud-America; è molto comune in Svizzera, Germania, Francia e Inghilterra. Attribuisce queste differenze della distribuzione regionale al modo di vivere, all'occupazione, alla varia quantità dei portatori di germi e forse ad eventuali insetti trasmettitori. Dreyfus ha studiato 1151 casi di sclerosi a placche, 672 uomini e 479 donne. Trovò una prevalenza assoluta della malattia nei contadini e legnaiuoli. Analoga constatazione fecero altri autori. Non mancano casi verificatisi nella stessa famiglia e di individui che facevano vita in comune.

Sembra probabile che tra il processo infettivo e le prime manifestazioni di lesioni del sistema nervoso centrale possono intercorrere parecchi anni. Perciò nel raccogliere l'anamnesi bisogna indagare sui precedenti del paziente fino alla fanciullezza.

La sintomatologia clinica della sclerosi a placche è molto variabile in rapporto alla sede delle alterazioni anatomiche nel cervello e nel midollo spinale. Le due parti del nevrasse possono essere colpite contemporaneamente, ma per lo più la malattia s'inizia con disordini a carico dell'una o dell'altra. Quando però il processo infettivo colpisce prevalentemente il cervello, anche nella prima fase della malattia possono comparire tre sintomi: la cefalea, le vertigini e la diplopia o ambliopia. La cefalea è di solito generalizzata e può essere intensa, si accentua in tutte le circostanze nelle quali aumenta la pressione endocranica (tosse, starnuto, inclinazione del corpo). È intermittente, può durare ogni volta uno o parecchi giorni ed essere accompagnata da vomito. Si tratta di una cefalea a tipo analogo a quella dipendente da aumento di tensione del liquido cefalo-rachidiano.

La sclerosi disseminata cerebrale può assumere un tipo emiplegico ed epilettico. L'emiplegia si manifesta improvvisamente in giovani individui ed in apparente perfetto stato di salute. La diagnosi differenziale con l'emiplegia apoplettica in primo tempo non è facile. Al riguardo conviene tener presente la integrità della coscienza, la normalità del cuore, dei vasi, delle urine, la Wassermann negativa. Ancora più difficile è la distinzione con l'emiplegia da tumore cerebrale. Gli accessi epilettiformi talvolta accompagnano l'emiplegia e sono a tipo Jacksoniano.

La diplopia è frequentemente uno dei sintomi più precoci della sclerosi a placche. Un altro sintoma oculare è l'ambliopia improvvisa, di solito unilaterale. È preceduta per due o tre giorni da cefalea, localizzata di solito dietro il globo oculare. La vista diminuisce rapidamente ed entro 48 ore si ha cecità quasi completa. La pupilla è dilatata e reagisce debolmente alla luce. Il fondo

oculare è normale. Però presto o tardi compare un altro segno molto comune della sclerosi a placche: il pallore della metà temporale di una o ambo le pupille.

Nel corso della sclerosi a placche si possono verificare anche disturbi psichici che vanno da semplici alterazioni del carattere, con eccessiva allegria, eutonia ed euforia, fino alla demenza. Tali disturbi sono evidentemente in rapporto con lesioni della corteccia cerebrale.

Il così detto « tipo cerebellare » della sclerosi a placche è caratterizzato dal forte nistagmo, dall'atassia degli arti superiori ed inferiori quasi sempre più accentuata ad un lato, dalle crisi vertiginose, dal vomito. Il tipo cerebellare s'inizia quasi sempre con l'atassia.

Il trattamento della sclerosi a placche non può poggiare su alcun che di soddisfacente. Se è verisimile che si tratta di una malattia infettiva, nulla ancora si sa sull'agente patogeno, che ci è affatto sconosciuto. Come temperamento profilattico si deve por mente a tutti quei focolai infettivi, che spesso sono il punto d'origine d'infezioni generali o locali. Al riguardo vanno vigilate le tonsille, i denti, gli intestini. Ma è ovvio che ci si trova di fronte ad indicazioni vaghe e che pertanto interessano soltanto l'igiene generale.

Date le analogie con la neurosifilide e tenuto conto della probabile origine spirochetica, vanno tentate le cure di arsenobenzolo e di bismuto. Comunque generalmente si ritiene che un qualche benefico effetto produce l'arsenico anche se dato per bocca sotto la forma di liquore del Fowler.

Sempre in base alle accennate analogie si è sperimentata la proteinoterapia ed il trattamento pirettico, e sono stati registrati anche risulati incoraggianti. Sono stati fatti esperimenti con iniezioni di latte, iniezioni endovenose di vaccino tifoso, iniezioni con piccole dosi, ad es. 25,000 e aumentare gradatamente in modo da raggiungere 200,000 dopo sette od otto iniezioni. La tifoterapia si è dimostrata più efficace della malarioterapia, ma migliori risultati avrebbe dato la inoculazione della febbre ricorrente.

Le osservazioni finora fatte non permettono di concludere sicuramente sulla efficacia della terapia pirettica. La grande variabilità del decorso della malattia, la facilità delle remissioni fanno anche sospettare che i miglioramenti constatati siano mere coincidenze. Tuttavia allo stato dei fatti la terapia pirettica è la sola dalla quale si possa ricavare un qualche miglioramento, sia pure aleatorio e discutibile.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

I piedi cronicamente freddi come causa di malattia.

(A. BRAUCHLE. *Münch. med. Wochens.*, 3 dic. 1926).

Lo stato di freddo cronico ai piedi può essere acquisito. Nella sua eziologia entrano: nella pubertà, la clorosi od altre modificazioni del sangue; nell'età più tarda, disturbi di circolo degli organi addominali, intestino, utero, vescica, modificazioni della cute delle gambe e dei piedi. Nei bambini la vita sedentaria, il divieto di stare e di giocare a piedi nudi, i bagni caldi, il tenere la bottiglia di acqua calda durante la notte, il portare calze troppo spesse ed, in letto, delle coperte troppo pesanti. In generale, poi, la mancanza di movimenti, con il lavoro sedentario; anche l'uso cronico di tè e caffè nelle persone sensibili e così pure gli stati eccitativi nei neurastenici ed isterici, come anche la continuata azone del freddo per il clima, l'abitazione od il lavoro. Caratteristico per questo stato acquisito è l'aumentare od il diminuire con le variazioni della causa che lo ha provocato.

Per lo più sconosciuto dai medici, e molto più grave, è lo stato di freddo ai piedi, cronico, *ereditario*. I malati che ne sono affetti hanno, anche in stanze calde, i piedi sempre freddi, quando stanno fermi e non possono addormentarsi in letto se non hanno la bottiglia dell'acqua calda. I piedi si riscaldano soltanto quando i pazienti camminano vigorosamente oppure se stanno in locali sovrariscaldati o con pantofole di pelo.

In ogni caso di piedi freddi, si possono trovare due condizioni, l'una che consiste nella speciale ipereccitabilità della tunica muscolare delle arterie cutanee del piede (ipertono), condizione ereditaria; l'altra è l'umidità delle calze, derivante dalla condensazione della perspirazione cutanea, per cui si ha una maggiore conducibilità del calore ed un maggiore raffreddamento per la consecutiva contrazione dei vasi profondi, un circolo vizioso che peggiora le condizioni. I piedi con strato corneo secco e calze asciutte, secondo l'A., non sono mai freddi; mentre possono essere caldi anche i piedi sudanti per una iperemia reattiva. Nel piede freddo acquisito, si ha, invece dell'ipertono, una eccitabilità vasomotoria, oppure spasmi vasali o disturbi di circolo, tutte condizioni che agiscono al pari dell'ipertono. Dopo che i piedi sono, per una causa o per l'altra, diventati freddi, non si ha l'iperemia reattiva oppure essa è incompleta e così non può essere

impedita la condensazione del vapor acqueo, donde si ha il circolo vizioso successivo.

Per dimostrare gli effetti dannosi che possono derivare dai piedi freddi, Engelmann portò per due pomeriggi consecutivi delle calze umide e delle scarpe strette. Già al primo giorno, quando il senso di freddo arrivò fino alle ginocchia, E. avvertì un senso di caldo al viso e cefalea, disturbi che aumentarono la seconda sera. Al mattino del terzo giorno, brividi, alla sera cefalea e sensibilità della tonsilla destra; il giorno seguente dolori alla deglutizione, temperatura 37°,2, e poi angina tipica, con temperature fino a 37°,9; all'ottavo giorno tutti i disturbi erano scomparsi. Nessun effetto invece, ebbe l'avvolgersi il torace con un panno bagnato con acqua fredda, stando poi, per un'ora senza soprabito ad una corrente d'aria presso la finestra e tenendo i piedi in un bagno caldo.

Anche le osservazioni cliniche dimostrano l'influenza dei piedi freddi nella produzione di malattie. Nella statistica di Spener, fra gli individui con piedi freddi, il 76 % va soggetto a faringite cronica, il 36 % a rinite (esclusi i casi in cui si potesse sospettare la lues, il tabacco, la scrofolosi, l'alcool), il 10 % a reumatismo, il 5 % a bronchite, il 6 % a faringite. Fra i pazienti a piedi caldi, le rispettive percentuali sono: 26; 13; 4; 0; 4.

Brandau e Clasen hanno dimostrato il nesso eziologico fra piedi freddi e clorosi, catarri cronici dello stomaco, dell'intestino, dei bronchi, rinite cronica, asma bronchiale, emicrania, catarri dell'orecchio medio e dei seni frontali, polipi nasali dei bambini, neuralgie, nervosità generale, disturbi cronici addominali nelle donne, reumatismo muscolare ed articolare cronici, rossore del naso. I risultati della terapia confermano tali vedute. Ricerche fatte sugli scolari dimostrano che quasi tutti quelli con piedi freddi hanno anomalie del cavo naso-faringeo e che molti si lamentano di pesantezza di testa, di difficoltà d'attenzione, di svogliatezza nell'apprendere. Nelle epidemie di difterite, i casi più precoci e più gravi si osservano negli individui con piedi freddi. Migliorando le condizioni di questi, migliora anche lo stato di salute degli individui.

Le esperienze di guerra, del resto, hanno dimostrato che la maggior parte delle malattie da raffreddamento è connessa con il freddo ai piedi ed alle gambe.

Un determinato organo verrebbe ad ammalare per il raffreddamento con tanto maggiore frequenza per quanto più distale si trova in rispetto al punto raffreddato. L'ordine di frequenza sarebbe: capo, collo, torace, addome e quindi: rinite, angina, faringite, laringite, bronchite, pleurite, enterite, nefrite, cistite.

Altri autori ammettono il nesso eziologico fra piedi cronicamente freddi e la pollachiuria e le nefriti da raffreddamento. Secondo Leyden-Goldscheider, parecchi casi di mielite e di tabe seguono immediatamente i raffreddamenti ai piedi. La emoglobinuria parossistica si verifica, in individui predisposti, anche dopo un bagno freddo ai piedi.

Diverse sono le teorie che intendono spiegare questi effetti del raffreddamento dei piedi e cioè: 1) la perdita di calore, 2) l'azione lontana riflessa, 3) le modificazioni del sangue, 4) l'abbassamento dell'attività cutanea, per cui verrebbero trattenuti nell'organismo dei veleni; questi si accumulerebbero nelle parti dove il sangue si riunisce in maggior quantità (testa, naso, faringe, polmoni) dove eserciterebbero uno stimolo chimico sulle mucose, provocandone il catarro.

Importanti per la pratica sono la *profilassi e la terapia*. Si baderà di non dare ai bambini dei bagni troppo caldi, di non far portare calze troppo pesanti, di non dare l'abitudine della bottiglia d'acqua calda ai piedi durante la notte. Si lascino giocare i bambini grandicelli all'aria libera coi piedi nudi nell'estate, si facciano portare delle buone scarpe in modo che i bambini ed i ragazzi non stiano per delle ore con i piedi umidi; le calze siano a maglie larghe e ricambiate spesso; opportuni nella buona stagione sono i sandali e le scarpette. Per gli adulti è consigliabile il bagno freddo dei piedi fatto alla sera. S'incomincia con acqua tiepida che si va raffreddando di volta in volta fino a tollerare quella fredda; l'individuo si laverà sempre i piedi con l'acqua fredda; buone sono anche le frequenti abluzioni fredde del corpo; per chi non le sopporta, si consiglieranno le strofinazioni con panni asciutti. Si evitino i legacci al disotto dei gi nocchi. Importanti sono le passeggiate all'aria libera, con respirazioni profonde.

Utili sono i bagni alternati da continuarsi per 8 settimane; si tiene la gamba fino al ginocchio immersa in un bagno di acqua calda per 20 secondi, poi subito in fredda per tre, continuando così per 5 volte e finendo con l'acqua fredda; asciugare bene, eventualmente massaggio-impastamento e poi una buona passeggiata; dopo le 8 settimane, basta il solo bagno freddo, da farsi però con i piedi caldi.

Unna consiglia di imbevere con una colla le calze e le scarpe (Collodio p. 12, Colofonia 4, Olio di ricino 4, Alcool 16, Etere q. b. per 100); vi si immerge la soletta della calza e se ne versano 40-50 grammi nelle scarpe; si lascia seccare; si ottiene così anche un'eccitazione meccanica del piede. È utile anche spalmare con del grasso lo strato corneo del piede.

Per la terapia del sudore ai piedi, si consi-

glia soprattutto la restrizione dei liquidi e, di tanto in tanto, un purgante disidratante (acque minerali solfato-magnesiache).

FILIPPINI.

ORGANI DIGERENTI.

Lambliosi intestinale ed anemia.

(G. GARIN. *Riv. Clinica Medica*, n. 23, dic., 1926).

La lambliosi intestinale non è molto frequente in Italia. Infatti su 700 individui senza affezioni dell'apparato digerente essa fu riscontrata solo in 2 casi pura, e in 2 altri casi associata ad amebiasi. Su 500 infermi con affezioni dell'apparato digerente, la lambliosi fu riscontrata in 6 casi.

La trasmissione della lambliosi avviene direttamente tra uomo e uomo, oppure attraverso l'acqua, gli escrementi, gli animali, specie i topi.

Nei 6 soggetti con lambliosi, in cinque fu riscontrato uno stato anemico semplice, in uno uno stato anemico a tipo pernicioso.

Gli stati anemici semplici, più o meno intensi, erano a tipo oligocromocitoemico, con emazie tra 2900000 e 4 M., poichilocitosi evidente, talora anisocitosi, emazie nucleate.

Il caso con anemia a tipo pernicioso nei diversi esami presentava: emazie 1600000 — 2000000 — 1200000; valore globulare 0,89 — 1,05 — 1,33; abbondanti lamblie nelle feci, a tipo vegetativo, e cisti di lamblie.

In questo infermo l'anemia si dovette mettere in rapporto con la lambliosi intestinale, perchè mancarono altri fattori capaci di giustificare l'anemia; inoltre la quantità di emazie fu in rapporto alla gravità dell'infezione intestinale.

Le forme anemiche lievi o gravi, sono frequenti nella lambliosi intestinale; non ne è però facile la causa. Probabilmente agisce sulla crasi sanguigna la condizione scaduta della nutrizione generale, i disturbi intestinali, con alterato processo di digestione ed assimilazione. Più verosimilmente, benchè non provato sperimentalmente, l'anemia è legata ad un fattore tossico generale, dovuto a' veleni elaborati dai parassiti, od a quelli prodotti dalla loro distruzione; queste tossine, negli individui predisposti, modificano la crasi sanguigna, agendo sul sangue, sugli organi ematopoietici, e sopratutto sul midollo osseo.

Bisogna quindi pensare ad una speciale predisposizione, per spiegare perchè non sempre la lambliosi produca l'anemia, specie a tipo pernicioso.

Sintomatologia. Molte persone sono portatori di lamblie, senza aver alcun disturbo.

In generale la lambliosi si presenta con gli stessi caratteri della dissenteria amebica, con cui ha in comune le *poussées*, la cronicità, la resistenza alla terapia.

I caratteri differenziali tra la lambliosi e l'amebiasi possono essere i seguenti: l'inizio, acuto nell'amebiasi, in forma insidiosa, lenta nella lambliosi.

Nella lambliosi le feci sono diarroiche, non dissenteriformi; lo stato generale è colpito rapidamente e profondamente, e in modo non proporzionato al disturbo enterico, ciò che difficilmente si avvera nelle forme amebiche. Il tenesmo manca nell'infezione da lamblia.

Talora però l'inizio ed i successivi sintomi si possono presentare in forma acuta, e tali da mentire una dissenteria amebica.

Il decorso è cronico, con periodi di stitichezza alternati a periodi di diarrea grave, con feci poltacee, con abbondante muco, ma spesso senza sangue. I dolori sono scarsi, e localizzati a preferenza al cieco e lungo il colon ascendente.

Lo stomaco, gli organi ipocondriaci, il rene e l'apparato cardiaco non presentano in genere alterazioni apprezzabili; rare le complicanze.

La febbre è assente; qualche volta è presente, a tipo remittente-intermittente, specie durante i periodi acuti dell'enterite.

La diagnosi si può stabilire solo con l'esame microscopico delle feci, e dopo aver escluse tutte le altre cause che possono produrre un'affezione intestinale.

La terapia finora ha dato scarsi risultati, compreso il bismuto ed emetina *per os*. Una certa efficacia sembra che si abbia con l'uso dello stovarsolo e treparsolo.

CARUSI.

Diverticoli del duodeno.

(N. J. MAC LEAN. *Ann. of Surgery*, gennaio 1927).

Iniettando sistematicamente con paraffina il duodeno dei cadaveri J. C. B. Grant dell'Università di Manitoba trovò diverticoli duodenali nella percentuale di 1 a 6. Su 37 cadaveri esaminati trovò 6 casi di diverticoli (16,2 %), Baldwin trovò su 105 autopsie una percentuale del 13,3 %.

È perciò evidente che nelle radiografie spesso essi sfuggono. Infatti sono menzionati solo nell'1,5 % delle radiografie eseguite dopo pasto opaco.

Diagnosi. — Non hanno sintomi caratteristici, e possono mentire lesioni gastriche o extragastriche (« chronic abdomen »).

Bisogna farli entrare nel problema diagnostico, e ricercarli sistematicamente con la radiografia.

Il rapporto fra diverticolite e diverticolosi è stimato come 1 a 5. Il radiologo dovrebbe localizzare con precisione la sede del diverticolo duodenale; l'esistenza di lesioni peridiverticolari possono indicare al chirurgo la sede del diverticolo. (Su 4 casi operati dall'A. si aveva peridiverticolite in 2). L'A. ha osservato 16 casi di diverticoli duodenali. In tutti la diagnosi fu fatta radiologicamente. In 4 i diverticoli non davano

per conto loro sintomi. In 8 v'erano sintomi dovuti probabilmente a diverticolite, ma che pure non autorizzavano un intervento chirurgico. In 4 casi i sintomi erano gravi, e i pazienti furono operati. I risultati degli interventi furono: 3 guarigioni complete; l'ultimo caso è stato operato recentemente e sembra avviarsi a guarigione.

Quanto alla tecnica chirurgica, i diverticoli situati sulla faccia anteriore del duodeno non offrono difficoltà operatorie. Se sono peduncolati, il peduncolo può essere legato e il moncone affondato. Se sono sessili possono essere escissi o invertiti.

I diverticoli infossati nel pancreas, o che si spingono nel tessuto retroperitoneale possono invece presentare notevoli difficoltà. Essi richiedono la preventiva mobilizzazione del duodeno, e di parte del pancreas. A. CHIASSERINI.

Sui processi cicatriziali post-traumatici del mesenterio e i loro rapporti con l'ileo.

(ROHDE, *Arch. f. kl. Ch.*, 138, p. 38).

Kehl ed Erb della Clinica di Marburg hanno dimostrato al 49° Congresso della Società Tedesca di Chirurgia con ricerche istologiche che nell'interno di tali cicatrici e nelle loro vicinanze si trovano resti di emorragie.

Producendo degli ematomi nel mesenterio, poterono ottenere la formazione di un quadro morboso simile alla classica retrazione mesenteriale. Alterazioni anatomiche molto simili a queste furono osservate da Rohde in animali operati, per altro scopo, di trapianti intestinali peduncolati. Nella letteratura infortunistica si trovano osservazioni isolate di dolori e di costipazioni a seguito remoto di contusioni addominali. Queste forme morbose vengono riferite a così dette peritoniti traumatiche che interverrebbero in seguito a stravasi sanguigni con eventuale infezione dal lume intestinale. Ora l'A. illustra un caso clinico che dimostrerebbe come queste alterazioni anatomiche possano produrre gravi fenomeni morbosi.

Un uomo di 32 anni fu accolto in clinica con la diagnosi di ileo. Tre anni avanti era caduto battendo il fianco destro. Eccettuato un leggero dolore passeggero alla parte colpita, non aveva avuto più fastidi per un anno. Un anno dopo il trauma, intervennero improvvisamente dolori da trazione al basso ventre di destra, con ritenzione di feci e di gas, e forte meteorismo. Da allora questi dolori si ripeterono 2-3 volte alla settimana. Operato con la diagnosi di aderenze ed ostacolo alla canalizzazione intestinale, presentò una placca cicatriziale dura nel mesenterio dell'ansa estrema dell'ileo. La placca risiedeva alla parte basale dell'ansa ed aveva ravvicinato i due estremi di questa, di modo che la loro distanza misurava soli 6 cm. A principio dell'operazione l'ansa era meteorica, distesa, senza spasmi, durante l'operazione il meteorismo si dileguò spontaneamente. A causa della cattiva narcosi non potè essere eseguita la progettata resezione dell'ansa assieme al mesenterio cicatriziale e fu richiuso l'addome senza altro intervento. Il trattamento successivo consistette in applicazioni d'aria calda e massaggio, e per il tempo d'osservazione di 3 mesi non fu accusato più alcun accesso di ileo.

L'A. spiega il meteorismo locale per mezzo di stimoli circoscritti su rami dello splancnico, che paralizzavano la peristalsi. Di più poteva contribuire al meteorismo anche la stasi venosa da compressione che la cicatrice esercitasse sulle vene afferenti dell'ansa. In casi di retrazione maggiore si può avere inoltre un inginocchiamento dell'ansa e sul terreno di alterazioni tanto gravi può costituirsi anche il volvulo. Terapeuticamente entra in campo, o l'entero-anastomosi o la resezione.

Il successo nel caso in parola viene spiegato dall'A., in parte col trattamento post-operatorio, ma anche come effetto suggestivo in un paziente nervoso. La disposizione nervosa avrebbe favorito le paralisi intestinali riflesse. B.

VASI SANGUIGNI.

Sulla flebite migrante.

(HERZBERG, *Brun's Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. 137, H. 1926).

Oltre le affezioni delle vene in casi di infezioni o di malattie del ricambio se ne ha un gruppo di cui non si può precisare il momento etiologico. Daguillon nel 1894 descrisse un caso di malattie delle vene superficiali con scarsa reazione locale ad andamento lento senza alterazioni generali e con alternative di scomparsa e ricaduta. Anche Briggs ha descritto una serie di casi di flebite recidiva ad etiologia non chiara, alcuni senza trombosi, altri con trombosi delle vene superficiali e con processi embolici nel cuore e nei polmoni o con trombosi che si estendeva ai grossi tronchi venosi (cava, epatica).

Neisser nel 1903 descrisse i primi casi di flebitis migrans nel gruppo delle flebiti ad etiologia incerta.

La flebite migrante è caratterizzata dal quadro migrante dei segni infiammatori. Le vene superficiali specialmente degli arti inferiori vengono colpite con la formazione di noduli eritematosi, stellati, fortemente dolenti della lunghezza di 2-4 cm. con 1-2 di larghezza, ricoperti da cute infiammata ed edematosa però in modo incostante.

Il processo infiammatorio della vena può colpire l'avventizia, la media ed anche l'intima dando allora la trombosi con residuo di un ispessimento quando non si canalizza il trombo.

Gli esami istologici in pezzi escissi durante il decorso della flebite migrante fatti da Neisser hanno mostrato infiltrati intorno ai vasa vasorum con ricca vascolarizzazione della media e dell'avventizia con intima intatta.

Laan (1909) studiando l'etiologia della flebite migrante potè dimostrare una infezione luetica anche nei casi in cui l'anamnesi era negativa avendo risultato positivo dalla cura specifica.

Leo Burger nel 1910 ne descrisse 11 casi e crede che la causa del processo che colpisce le vene superficiali o le profonde sia la stessa e non dovuta ad infezione locale ma ad alterazioni del ricambio.

Il quadro istologico in un primo stadio fa notare una infiltrazione delle pareti vasali con leucociti polinucleati; nel lume si rinvengono coaguli, con cellule giganti; poi il lume viene chiuso da tessuto connettivo, ed in ultimo interviene un processo di periflebite.

Casi di flebite migrante sono stati descritti in malati con tubercolosi, con cachessia cancerosa, con acromegalia.

Esistono casi con la sola periflebite, senza edema, con scarsa proliferazione dell'intima.

Nel 1922 nella Clinica chirurgica di Leningrado hanno osservato diversi casi di flebite ad etiolo gia oscura. L'A. riporta la storia di un uomo di 30 anni, non luetico che da vari anni aveva visto comparire alla gamba sin. delle striscie rosse con gonfiore e dolore. Fu fatta una resezione delle vene alla Madelung e l'infermo stette bene per due anni; poi i fenomeni comparvero a destra con miglioramento e recidiva e poi comparsa alle braccia.

Un esame istologico fatto su un pezzo di pelle escisso insieme alla vena sottostante fece rilevare un lieve ispessimento dell'intima ed in un punto un trombo in parte organizzato e con cellule giganti simili a quelle di Langhans.

Si trattava quindi di un uomo che in perfetto benessere era stato colpito da questa affezione a tipo cronico con esacerbazioni acute le quali poi scomparivano lasciando ispessimenti e pigmentazioni della cute per ricomparire in altri punti. Non si ebbe mai febbre. Furono fatte varie cure di bagni, di iodio, di vaccinazioni, iniezioni di neosalvarsan, senza risultato. R. BRANCATI.

Pileflebiti di origine appendicolare.

(COLP. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1926).

Le pileflebiti sono più rare che in passato a motivo del maggior numero di appendiciti operate precocemente. Mentre Fitz nel 1886 ne trovava 11 su 257 e Armstrong nel 1897 nel 5 % dei casi, recentemente Braun ne vide solo 8 su 600 casi e Moschcowitz 7 su 1529 casi. Nel M. Sinai Hospital se ne ebbero 9 su 2841 casi. Spesso si trovano trombizzate le vene del mesenteriolo ma Bier vide una volta che mentre l'appendice si dimostrava leggermente infiltrata, la porta conteneva un trombo micotico. Talvolta la porta è libera e vi sono ascessi multipli nel fegato. Spesso il trombo si arresta nella vena ileo-colica e si può formare un ascesso perivenoso o un flemmone retroperitoneale. Dai linfatici retrocecali e retrocolici può l'infezione risalire al fegato all'infuori della porta.

Talvolta la vena sembra normale con lieve edema, talvolta l'infiammazione si estende al foglietto gastroepatico e nodi linfatici formando una ganga unica. Può esser già in atto all'operazione o svilupparsi in secondo tempo (fino a 42 giorni). Brivido, rapida elevazione termica, mentre i sintomi locali sono leggeri, sarebbero segni di infezione della porta. Talvolta ittero, epatomegalia. L'infezione della porta è considerata generalmente come mortale. Ma se l'infezione è mite può guarire. Petren ne riunì 20 casi. Ma su 1340 morti per appendicite il 5 % è dovuto ad ascesso del fegato. Pertanto nelle appendiciti acute è consigliabile di ispezionare le vene adiacenti all'appendice. Sonnenburg dice che le vene del mesenteriolo sono sempre trombosate e questa è, generalmente, una barriera contro l'infezione della porta.

Come cura profilattica si consiglia: 1) l'incisione e il drenaggio delle vene dell'angolo ileocecale (Geriter); 2) la loro escissione (Wilms); 3) la legatura dell'ileo-colica (Braun); 4) la legatura della porta (Neutrof).

Dato che molte vene possono sfuggire alla legatura nell'operazione di Wilms e la sua difficoltà, fu seguita da vari AA. la indicazione di Braun. Ma talvolta anche questa giunge troppo tardi. Allora si può pensare alla legatura della porta. Ma solo 2 casi sono sopravvissuti per essersi formato un circolo collaterale.

Però nelle trombosi portali che si formano lentamente si ha una sopravvivenza maggiore. Charpy e Pich descrissero un gruppo di vene dell'omento gastroepatico (epatoportale) che può sviluppandosi formare un circolo vicariante. Beer nel 1915 praticò la prima legatura della porta con drenaggio del moncone epatico (da cui fluiva poco sangue a motivo della trombosi dei piccoli vasi) e colecistogastrostomia. Herearth riunì altri casi simili (4) morti in 24-48 giorni.

L'A. riporta tre casi, morti dopo 39 g., 15 g., 3 g. Dall'autopsia l'A. conclude che per il 1° e il 3° caso la morte fu dovuta a insufficenza del fegato distrutto in gran parte dagli ascessi, che la legatura della porta non diede luogo ad ascite o a stasi nel circolo viscerale essendo sufficiente la vena epatoportale al circolo stesso.

V. GHIRON.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

RIEUX J. *La tuberculose pulmonaire latente*, 1926 G. Doin, Paris. Fr. 36,40.

Quale medico ispettore dell'esercito l'A. ha potuto raccogliere un materiale molto copioso nei riguardi delle forme iniziali e latenti della tubercolosi polmonare, e nel presente volume egli ne fa oggetto di uno studio particolareggiato sia dal punto di vista clinico, che da quello radiologico e biologico. Al testo sono aggiunte 12 tavole esplicative, quali riproduzioni di radiografie.

TRENTI.

MATTAUSCH F. *Das Problem der Tuberkulosebehandlung mit Fettstoffen*. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1926. Mk. 2,40.

È uno studio compiuto, impiegando tutti i sussidi di laboratorio, sulla influenza che il trattamento con i grassi può determinare nella evoluzione delle varie forme di tubercolosi. L'A. si è particolarmente dedicato allo studio dell'azione del Gamelan; che altro non è che una mescolanza di vari grassi e che rappresenta un mezzo aspecifico di trattamento.

TR.

MOREAU ED. *Technique de Laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose*, 1926. A. Maloine, Paris. Fr. 12.

È un piccolo manuale di 185 pagine che raccoglie tutti i metodi di laboratorio comunemente usati per l'accertamento della diagnosi di tubercolosi. Nella prima parte l'A. svolge i metodi di ricerca diretti, cioè gli esami microscopici, le inoculazioni, le culture; nella seconda parte quelli indiretti, intendendo per tali quelli basati sulle indagini serologiche, chimiche, citologiche.

I vari metodi sono esposti chiaramente e brevemente, e il libro si presenta come un'utile guida a chiunque si dedichi agli esami di laboratorio.

TR.

SERGENT E. *Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire*. Paris, Maloine, 1926. Fr. 65.

Questo volume riunisce diverse pubblicazioni dell'A. già comparse in giornali e riviste e gli argomenti trattati furono già materia di insegnamento nelle conferenze tenute all'Università Laval di Québec. Esso costituisce la continuazione ed il completamento degli altri due volumi già pubblicati: *Études cliniques sur la tuberculose;* e *Études cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*. Particolare svolgimento in questo volume trovano l'argomento del terreno tubercoloso, quello dei rapporti tra tubercolosi e gravidanza, e tubercolosi e sifilide. Inoltre il capitolo della esplorazione e semeiologia dell'apparato respiratorio contiene tutte le più recenti acquisizioni dando notevole sviluppo al metodo della radiografia dopo iniezioni intratracheali di lipiodol.

Il lettore può quindi trovare in questa raccolta vari argomenti di particolare interesse nei quali l'A. ha portato il prezioso contributo della sua esperienza e dei suoi studi.

TRENTI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

MEDICINA SOCIALE.

La Croce Rossa Giovanile per l'educazione igienica popolare.

Nella nota precedente su « la protezione dell'infanzia nella lotta contro la tubercolosi » abbiamo detto che c'è in Italia, come in 39 altre nazioni, una istituzione parascolastica — la Croce Rossa Giovanile — la quale ha in sè tutti gli elementi necessarii e sufficienti per diventare « un poderoso istrumento di educazione igienica popolare, e l'unico mezzo veramente efficace per far acquistar *le abitudini dell'igiene* e combattere così, nel modo più sicuro e più pratico, la tubercolosi.

Ed abbiamo promesso di parlare di questa istituzione — non ancora abbastanza conosciuta ed amata dagli italiani — per esporne gli scopi ed i mezzi d'azione, e richiamare su di essa, per la virtù dei fatti, l'attenzione benevola e la provvida simpatia delle classi dirigenti e del Governo nazionale.

Eccoci a mantenere la promessa, non prima di aver rilevato, con soddisfazione, che lo Stato italiano ha già provveduto alla « *assistenza ed all'educazione fisica e morale della gioventù* » istituendo l'Opera Nazionale « *Balilla* » le cui norme legislative e regolamentari, or ora pubblicate in fascicolo dal Ministero dell'Interno (1) costituiscono un tutto armonico destinato a formare la « coscienza patriottica della gioventù italiana », cioè « provvedendo: *a*) ad infondere nei fanciulli e nei giovani il sentimento della disciplina e della educazione militare; *b*) alla istruzione premilitare; *c*) alla istruzione igienico-sportiva; *d*) alla educazione spirituale e culturale; *e*) alla istruzione professionale e tecnica; *f*) alla educazione ed assistenza religiosa ».

La Croce Rossa Giovanile ha anch'essa alcuni di questi scopi educativi e si è dimostrata in Italia, con la corrispondenza interscolastica, un magnifico lievito di patriottismo in mezzo alla gioventù delle nostre scuole, ma il suo compito principale è quello di formare nei nostri fanciulli e nei nostri giovani la « coscienza igienica » necessaria al sano e forte sviluppo delle generazioni

(1) Pubblicazione n. 508 della Libreria dipendente dal Provveditorato Generale dello Stato.

alle quali sono affidati, col vigore della stirpe, i superbi destini della nazione.

*
* *

Se c'è in Italia un problema veramente grave da risolvere è quello della formazione di una « coscienza igienica popolare » che in alcune regioni manca quasi del tutto, in altre è rudimentale ed incerta, in altre abbastanza sviluppata ma poco attiva, talvolta addirittura inerte, mal diretta assai spesso.

Per sviluppare questa coscienza igienica si sono fatti molti e serii ma vani tentativi. I nostri igienisti, da un pezzo, stan predicando il verbo dell'igiene con resultati non disprezzabili ma tutt'altro che adeguati; i Comuni vanno migliorando un po' dappertutto — dove più dove meno — i loro servizii di igiene e di assistenza sanitaria; si parla (anche troppo) d'igiene, a dritto ed a traverso, in tutti i ceti e gradi sociali, dalle persone ignoranti come dalle istruite, da chi ci crede come da chi non ci crede. E ci sono per l'igiene, come per gli *sports*, i fanatici inosservanti: quelli che trovano l'igiene una bellissima cosa, ma fanno la più antigienica vita possibile, perchè le loro cattive abitudini sono più forti della volontà di vincerle: ed allora si tenta di farle passare per buone, di farle credere utili. E ci sono medici che si prestano a riabilitare il vino e gli altri veleni e gli infiniti errori che l'uso, e più l'abuso, han reso cari agli umani.

Manca dunque ancora una coscienza igienica, ma questa non può formarsi se non *in tempo utile*, quando si forma ogni specie di coscienza — coscienza religiosa, coscienza civile, coscienza patriottica, coscienza umanitaria — con lo svilupparsi normale del corpo e dello spirito, vale a dire nei primi anni della vita, *quando si prendono le prime abitudini*.

Se si vuol dunque dare al popolo una educazione ed una coscienza igienica, bisogna farlo quando è possibile; non quando è cessata questa possibilità, quando cioè l'individuo ha preso abitudini di vita e di pensiero che non può più lasciare se non a stento, a costo di grandissimi sforzi che non è, del resto, obbligato nè indotto a fare, se non in casi assolutamente eccezionali.

Alla efficacia delle prediche non abbiam mai creduto. Perciò non crediamo a nessuno dei numerosi tentativi di diffondere l'igiene per mezzo di conferenze, di proiezioni fisse e mobili e d'ogni altro mezzo che si ingegni a *dire* ciò che si deve fare e non a *fare* e ad *abituare a fare* ciò che la scienza suggerisce per la sanità della vita e dell'ambiente.

Crediamo invece, con ardore e convinzione di fede sicura, alla educazione igienica data, come si è detto, in tempo utile, cioè nell'età scolastica e prescolastica, nel luogo dove si inizia l'evoluzione dello spirito, nei modi che l'autoeducazione consiglia, cioè lasciando alle libere iniziative della fanciullezza e della adolescenza, sapientemente guidate e, diremo meglio, suggerite o inspirate, il compito di *attuare* questa educazione igienica popolare.

La Croce Rossa Giovanile realizza tutte queste condizioni, perchè è un'istituzione libera, *autoeducativa*, nel senso più concreto e completo della parola; perchè è una istituzione che ha lo scopo precipuo di dare buone abitudini, di correggere a poco a poco, e quando si è ancora in tempo, le abitudini cattive, cioè nocive alla salute ed al sano sviluppo del corpo e dello spirito; perchè mette i fanciulli d'ogni paese in gara tra loro, non per chiedere agli altri ciò che è necessario per questo sviluppo, ma per procacciarselo da sè, col proprio lavoro, con le proprie iniziative, per decisioni prese collettivamente, dopo utili discussioni, che potrebbero insegnare agli adulti come si deve discutere, cioè sulla base dei fatti e come si deve decidere, cioè senza mettere tempo in mezzo tra il progettare e l'attuare.

Naturalmente tutto questo accade dove e quando la Croce Rossa Giovanile non vien deviata dalle sue direttive, dove e quando essa è quello che deve essere, fa quello che deve fare e non si limita, come accade in molti luoghi, ad iscrivere dei fanciulli, a far loro pagare le quote — quasi per un'opera di carità verso la Croce Rossa « per il bene che essa fa in pace ed in guerra » — a scrivere qualche lettera gentile agli amici lontani ed a prender parte a qualche lieta festa giovanile.

Orbene, se noi diciamo che la Croce Rossa Giovanile ha un grande avvenire, perchè ha una grande funzione, anzi una grande missione da compiere, noi lo diciamo convinti della necessità di dare, anche in Italia, a questa istituzione mondiale, — che è una delle più mirabili manifestazioni della pedagogia moderna e una delle più fulgide applicazioni della *scuola attiva*, al di fuori della quale non vi è salute — quell'indirizzo che essa ancora non ha e che deve, ad ogni costo, avere. E deve avere questo indirizzo — è necessario insistere su questo punto — non per ragioni secondarie, ma per una ragione fondamentale, cioè per giustificare la sua stessa esistenza in un paese dove l'educazione dei fanciulli e dei giovani è in cima al pensiero dei dirigenti e dove non vi possono essere istituzioni inferiori al loro compito: neppure, anzi molto meno, nel campo educativo.

*
* *

Vediamo ora come funziona in molti paesi, e come dovrebbe funzionare in Italia, la Croce Rossa Giovanile.

Essa funziona sopratutto per l'igiene della

scuola e degli scolari. Si è finalmente inteso che senza la collaborazione attiva degli scolari l'igiene scolastica non può essere che una lustra. Si è inteso che è finito il tempo in cui il medico scolastico doveva preoccuparsi delle qualità dei banchi di scuola o del collocamento delle lavagne se voleva far qualcosa di più intellettuale della ispezione alle latrine. Si è inteso che è l'igiene della vita, l'igiene individuale e sociale, quella che si deve, non insegnare, ma far praticare ai fanciulli ed ai giovani. E si sono chiamati questi fanciulli e questi giovani per una « crociata » contro i morbi evitabili: in favore della pulizia, dell'ordine, della vita attiva, all'aperto, del libero sviluppo delle energie individuali, morali e fisiche, dando finalmente importanza anche alle attività ed attitudini dei fanciulli per gran tempo disconosciute.

Si è inteso tutto questo e con lo svilupparsi della *scuola attiva* (che è una gloria italiana, dagli italiani come tante altre dimenticata) si è data ai giovani la possibilità della *« iniziativa »*, base e strumento della educazione razionale, come sosteneva l'apostolo della « Giovane Italia » Giuseppe Mazzini.

E l'iniziativa giovanile ha fatto miracoli nel campo assegnatole, dell'igiene scolastica. La quale igiene scolastica è divenuta subito igiene di tutta la vita: a scuola, in casa, dovunque. E dalle scuole è passata alle famiglie, per quella educazione dei genitori fatta dai figli, che è più frequente e più facile di quella dei figli fatta dai genitori. Da questo movimento suscitato dalla Croce Rossa Giovanile è nato così un maggiore accordo fra genitori e maestri, tanto più stretto e cordiale in quanto i genitori — specialmente le mamme per virtù delle loro bambine — hanno veduto anche l'utilità pratica, perfino finanziaria, di queste iniziative, per le quali le necessarie risorse non erano richieste alle famiglie, ma venivan tratte dal lavoro degli scolari iscritti alla Croce Rossa Giovanile, chiamati *Juniores*. E i disertori della scuola sono diminuiti col sorgere di questi *Juniores*.

I *Juniores*, cioè i più giovani cittadini del Comune — e, tutti insieme, della Patria, — hanno praticamente imparato nella scuola, oltre alle abitudini igieniche della vita, anche i doveri civili della disciplina, dell'ordine, del rispetto dovuto alle gerarchie ed alle leggi, e le necessità del lavoro organizzato ed i benefici materiali e spirituali di questo lavoro. Hanno cioè cominciato a vivere nella scuola come si deve poi vivere nella società ed hanno conosciuto i valori reali delle cose, hanno saggiato le difficoltà concrete della vita ed aguzzato l'ingegno per superarle, hanno spontaneamente riunito per questo le loro forze, si son divisi tra loro il lavoro, acquistando così, in una età che è tra tutte la più favorevole, l'abitudine di ragionare, di discutere, di decidere, di obbedire, di comportarsi lealmente, di gareggiare con nobiltà in quella cooperazione d'ogni giorno, per il bene della scuola, della famiglia e della patria che è la base e lo scopo di ogni Unità di C. R. G. ben funzionante.

* * *

Naturalmente tutto questo si è potuto fare dove le Autorità scolastiche hanno aiutato i fanciulli ed i giovani diminuendo le ore di studio aumentando quelle destinate al giuoco — che è la materia più utile del programma scolastico d'ogni specie e grado di scuola — dedicando al lavoro manuale, laboratori all'aperto e « campicelli », trasformando un po' per volta tutte le scuole in « scuole attive », in « scuole all'aperto »: le uniche scuole dove la Croce Rossa Giovanile possa ben svilupparsi e dar prova completa del suo valore.

È doloroso, sia detto fra parentesi, che proprio in Italia, dove la genialità di Guido Baccelli ha dato al mondo l'idea del « campicello scolastico » e dove il « lavoro manuale » ha avuto le prime bellissime scuole magistrali ed i migliori insegnanti, si debba indicare l'esempio straniero per incuorarci al lavoro in questo campo, che è stato preparato, arato, seminato da noi quando non eravamo ancora quello che finalmente oggi siamo.

Ma, *« noblesse oblige »* e noi chiediamo, con cuore di italiani e per il bene del nostro paese, affidato alle nuove generazioni più che alle vecchie, noi chiediamo ai nostri medici ed ai nostri maestri di lavorare insieme, con zelo e con fede, per diffondere nelle nostre scuole, trasformate dalla magnifica riforma Gentile, rese cioè *scuole attive*, nella massima parte coi caratteri della « scuola all'aperto », la provvida istituzione mondiale della Croce Rossa Giovanile. Non possiamo rimanere indietro alle altre nazioni. Dobbiamo raggiungerle e sorpassarle.

Specialmente gli *ufficiali sanitari*, del cui altissimo compito, finora non svolto, ci occuperemo in altro articolo, prendano a cuore lo sviluppo di questa Istituzione, la facciano centro della loro propaganda igienica nella scuola e fuori della scuola, la utilizzino per tutti i servizi d'igiene che possono essere mirabilmente affidati alla fanciullezza ed alla gioventù organizzate, facciano sorgere i « laboratori all'aperto », i « campicelli », i « campi di giuoco » necessari alle attività rigeneratrici e produttive degli scolari, aggiungano a questa triade di istituzioni parascolastiche indispensabili per l'igiene della scuola tutte quelle altre provvidenze che la stessa Croce Rossa Giovanile può organizzare ed avranno finalmente in mano quel poderoso strumento del

quale han bisogno e che fin qui è loro mancato. Abbiano fiducia nei fanciulli e nei giovani. Sono queste forze giovanili le uniche capaci di redimere il mondo dalla ignoranza e dalla apatia che rendono la vita pericolosa e malsana, anche là dove uno Stato ricco e previdente organizza tutte le provvidenze dell'igiene sociale.

T. ROSSI-DORIA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 12 dicembre 1926.
Presidenza: prof. S. SOLIERI.

La limonata benzoica.

G. ARTUSI (Cesena). — L'O. ne dà la formula seguente:

Acido benzoico gr. 2
sciogli a caldo in
Acqua gr. 1000
Sciroppo cedro q. b.

La limonata benzoica trova la sua principale indicazione nelle affezioni dell'apparato urinario, specialmente nelle vecchie cistiti, nelle uretriti blenorragiche o no, nelle albuminurie. È anche utile nei catarri delle vie respiratorie.

Nuove vedute e recenti ricerche sui rapporti tra febbre maltese e aborto epizootico.

F. GIUGNI (Lugo). — Nel circondario di Lugo durante l'ultimo triennio 1924-25-26, ne ha osservato in questo periodo circa un centinaio di casi. Nel triennio precedente invece un solo caso si era manifestato nella zona. Nella grande maggioranza esisteva un rapporto diretto con l'aborto delle bovine, ma non solo con queste, bensì in piccola percentuale anche con l'aborto delle pecore, e in un caso con l'aborto di cavalla.

Ad interpretare la comparsa della malattia in zona ove fino allora era pressochè sconosciuta, l'O. ha eseguito un'inchiesta presso i veterinari esercenti nella regione, avendone come risultato la concorde affermazione di un maggior numero di aborti nelle bovine osservato in questo ultimo triennio.

Vagliando le diverse ipotesi affacciate dagli altri studiosi dell'argomento, egli conclude che una spiegazione della comparsa e della diffusione della febbre maltese nella zona, debba trovarsi in una particolare diffusione del micrococco di Bruce, come agente di aborto epidemico negli animali e specialmente nelle bovine, e di conseguenza con più facili contagi all'uomo.

G. ZANARDI (Medicina). — L'O. riferisce intorno a 17 casi di febbre maltese da lui osservati in questi ultimi anni, casi distribuiti in 4 focolai: di questi focolai, 3 furono dati da aborto vaccinico, uno da aborto di una scrofa.

In tutti i casi fu trovato sia negli animali che negli uomini fortemente positiva (++++) l'agglutinazione del bacillo di Bang, leggermente positiva (+) quella del micrococco di Bruce.

Indagini sulla capacità respiratoria negli stadi iniziali della tubercolosi polmonare.

I. CIVALLERI. (Faenza). — Ha applicato a questo studio il metodo del FLANCK (prova della apnea volontaria post-inspiratoria), compiendo oltre 500 osservazioni in soggetti inizialmente colpiti da lesioni specifiche dell'apparato respiratorio.

Esaminando le medie dei valori ottenuti in confronto con le medie fisiologiche, risulta una notevole diminuzione della capacità respiratoria che sembra anzi proporzionale al grado ed estensione della lesione in atto.

Anche in casi di latenza del processo morboso (stadi cosidetti pretubercolari) la prova del Flanck rivela delle deficienze funzionali, che possono (insieme ad altri segni) convalidare il concetto diagnostico sempre delicato e difficile in tali fasi scarsamente e vagamente sintomatiche della malattia.

Di una piccola, ma utilissima particolarità di tecnica nella isterectomia totale addominale per neoplasia maligna del corpo e del collo uterino.

S. SOLIERI (Forlì). — L'O. raccomanda che non sia trascurata ma che anzi venga sistematizzata, nella isterectomia totale addominale per carcinoma del collo o del corpo dell'utero, l'applicazione in vagina, previo lavaggio con soluzione calda di permanganato di K., di una lunga fascia di garza sterile che ordinatamente zaffi i fornici e la vagina stessa. L'estremo della fascia si lascia sporgere di circa un metro dalla vulva e servirà di presa all'infermiere che, al momento in cui il chirurgo apre la vagina, dovrà su comando tirare rapidamente la fascia.

Questo zaffamento ha il còmpito, oltre che di assorbire i liquidi settici che nelle manovre sull'utero scolano in vagina e potrebbero facilmente refluire nella cavità peritoneale della donna in posizione del Trendelenburg, anche di mettere in evidenza la parte della vagina su cui si deve incidere, poichè questa per lo zaffamento si fa *bombée* dove ancora è distendibile, cioè libera da infiltrazione neoplastica.

Una malattia che scompare.

A. TESTI (Faenza). — Premesse alcune ragioni per le quali non può mettersi in dubbio che la clorosi stia per scomparire almeno nelle regioni nelle quali l'O. ha potuto praticare delle precise ricerche per accertare la verità del fatto, parla su quanto ha potuto raccogliere anche per l'Estero dove questa scomparsa è stata notata. Crede che in Italia nessuno abbia segnalata la cosa, ma non può affermarlo assolutamente.

Ritiene che la scomparsa della clorosi tenga ad un più precoce e rapido assestamento della funzione ovarica determinato più che da un miglioramento dell'igiene generale, da un radicale cambiamento in seno alla Società che ha profondamente modificato la psicologia della vita giovanile.

Dott. P. GALLI (Faenza), *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'infezione secondaria, subacuta e prolungata del polmone cardiaco.

L'infezione secondaria, subacuta e prolungata del polmone cardiaco, spesso sconosciuta, è una eventualità frequente nel decorso delle cardiopatie croniche.

S. Caussade e A. Tardieu (*Revue de Méd.*, n. 8, 1926) ne hanno riuniti sette casi, in 6 dei quali hanno potuto eseguire le ricerche anátomo-patologiche ed isto-batteriologiche.

Dal complesso delle osservazioni fatte se ne detraggono i seguenti dati conclusivi:

Durante il decorso delle più svariate cardiopatie croniche, l'infezione polmonare, a tipo di edema, si innesta per lo più sulle lesioni passive del polmone cardiaco. I tagli mostrano i caratteri istiologici essenziali descritti da J. Honnorat: edema transudatorio, edema diapedetico, sclerosi.

Patogeneticamente sembra che, nella maggioranza dei casi, l'infezione secondaria del parenchima polmonare segua la via sanguigna arteriosa. Abbastanza raramente succede ad un infarto del polmone.

L'evoluzione è generalmente subacuta, ma talora assume andamento più rapido, di pronostico più serio.

I sintomi clinici sono quelli di un edema banale; talvolta tuttavia si produce una condensazione più o meno stabile del parenchima, sia a tipo di focolaio pneumonico, sia a tipo di congestione polmonare.

L'inizio è per lo più insidioso; raramente brutale a guisa di quello dell'edema acuto. Se i segni polmonari sono minimi la febbre può venir interpetrata come l'espressione di una cardite reumatica evolutiva, o di una endocardite lenta.

L'espettorato, in quantità di 50-200 centimetri, è fatto di una spuma aerata, che sovrasta ad un liquido mucoso, filante e vischioso. Tale espettorato è ricco di albumina, di muco, di cellule alveolari alterate, di polinucleati, emazie e cellule bronchiali. Gli elementi figurati del sangue mancano allorquando l'edema è antico, granuloso, contenente dei microrganismi.

La flora microbica si compone, per ordine di frequenza, di pneumococchi, streptococchi, micrococchi catarrali, tetrageni, pneumobacilli di Friedländer, e di numerosi cocchi indeterminati.

All'autopsia le lesioni sono quelle dell'edema polmonare infettivo (edema transudativo, alveolite catarrale, presenza di microrganismi), sovrapposte a quelle dall'indurimento bruno, caratteristico del polmone cardiaco (isolotti pigmentati, alveoli pieni di cellule cardiache, setti interalveolari fibrosi ecc.). Talora queste lesioni sono in via di riassorbimento.

In qualche caso si osservano anche delle mastzellen, le quali danno una dimostrazione supplementare della natura infiammatoria del processo edematoso.

Dal punto di vista della terapia, il tentativo da fare è quello di un auto-vaccino.

M. FABERI.

L'occlusione delle coronarie.

L'occlusione delle coronarie, osserva S. F. Mac Keen (*Boston med. and surg. journ.*, 6 maggio 1926) non è rara nella pratica generale; la diagnosi ne è facile, il trattamento agevole e la prognosi è piena di speranze.

Dal punto di vista del trattamento, si devono anzitutto distinguere le affezioni acute del quadrante addominale superiore dalle condizioni oscure e dubbie note col nome di indigestione acuta ed intossicazione ptomainica. Nei casi tipici, si ha a che fare con un uomo di media età che, improvvisamente e talvolta nel sonno, viene preso da un intenso dolore sottosternale od epigastrico che non è calmato dai nitriti e dalle consuete dosi di morfina. Si hanno segni di grave « shock »: facies ansiosa, colore di cenere, cute vischiosa e polso frequente e debole. I toni cardiaci possono essere irregolari o del tutto uniformi; si avverte talora uno sfregamento pericardico che è in tal caso patognomonico.

La pressione sanguigna è relativamente bassa, la temperatura elevata ed i leucociti aumentati. In queste condizioni si mette il paziente in completo riposo e gli si somministrano degli oppiacei; se l'insulto non è troppo grave esso può sopravvivere. Deve però rimanere in letto per non meno di sei settimane ed essere assistito. L'angina cronica e l'ipertensione possono trovare un certo giovamento da questo stato di cose.

fil.

Aneurisma aortico senza sintomatologia clinica.

A. Andreani (*Giorn. Clinica Medica*, fasc. XVII, 10 dic. 1926) riferisce diffusamente un caso di un enorme aneurisma dell'arco aortico, in cui mancavano tutti i corrispondenti sintomi clinici.

Come sintomi soggettivi vi erano dolori alla regione cardiaca e interscapolare S., affanno, ambascia respiratoria; in seguito comparve anche tumefazione degli arti inferiori.

Erano assenti l'Oliver-Cardarelli e il sintomo di Grocco; nessun fenomeno oculare, non disfagia, non impulso al giugulo; non soffi sul manubrio sternale; sincronismo perfetto del polso delle radiali.

L'esame radioscopico mostrò un aneurisma dell'arco e della parte discendente; la R. W. fu positiva. Questi due esami fecero escludere una probabile diagnosi di tumore.

All'autopsia si trovò un grande sacco aneurismatico in corrispondenza dell'infundibolo aortico, e di tutta la porzione discendente.

La mancanza di sintomi clinici si può spiegare col fatto che negli aneurismi voluminosi:

1) la larghezza della sacca smorza le pulsazioni, trasformandole in una ondulazione della parete;

2) l'atrofia dei tessuti togliendo il contatto tra vaso e trachea non permette la propagazione dei rumori e delle pulsazioni;

3) la lesione aortica si accompagna a miocardite.

CARUSI.

Le extrasistoli nelle cardiopatie gravi.

Negli individui giovani, le extrasistoli sono il più spesso di origine nervosa ed il miocardio è sano. Ad una certa età, osserva Gallavardin (*Jour. de méd. de Lyon*, 20 settembre 1926) si deve diffidare, poichè può entrarvi l'elemento organico.

Nei miocardii stanchi l'extrasistole è importante quando si accompagna al ritmo accoppiato ed alle salve di tachicardia. Questa condizione può migliorare, ma esige una grande prudenza nel trattamento. Si eviteranno soprattutto le grandi dosi di digitalina, attenendosi alle piccole dosi quotidiane: 5 gocce per una diecina di giorni (eventualmente ripetute nei primi 2-3 giorni) e poi sospensione di 48 ore, durante le quali si faranno due iniezioni di 1/4 di milligrammo di uabaina.

In questi casi gravi, i purganti non sono del tutto consigliabili; il regime di riduzione, il riposo in letto e la teobromina produrranno dei buoni effetti.

fil.

TERAPIA.

La terapia dell'encefalite epidemica.

Heinicke (*Münch. med. Wochens.* 10 ottobre 1926) consiglia nelle forme acute le iniezioni ripetute di siero di convalescente ed, in mancanza di questo, il collargol, la tripaflavina o l'iniezione endovenosa di 10-20 cmc. di soluzione al 10-15 % di salicilato di sodio, per vari giorni consecutivi.

I casi cronici possono trattarsi con qualche speranza, più limitata che per quelli acuti, in adatti stabilimenti. Il fatto che l'acinesia muscolare e la rigidità mentale degli encefalitici cronici migliorano con certe eccitazioni (marcia, ginnastica ritmica, voci di comando) indica che l'infermità non è data da una paralisi, ma da una mancanza di stimolo. Pertanto, queste eccitazioni possono costituire dei fattori curativi.

fil.

Contributo alla terapia della chorea minor.

Le moderne teorie fanno risalire l'etiologia di questa malattia ad una infezione acuta, a germe ancora sconosciuto.

Non potendo quindi usare una cura causale, bisogna somministrare medicinali sintomatici.

A. Gatti Casazza (*Gaz. Osped. e Clin.*, n. 44, ottobre 1926) in alcuni casi di chorea ha provato il luminal alla dose di ctgr. 3-5, due volte al giorno.

Dai protocolli delle osservazioni risulta che il luminal agisce sui movimenti coreici, facendoli sparire rapidamente, e migliorando inoltre le condizioni generali.

Nelle mani dell'A. il luminal non ha mai dato quei disturbi lamentati da altri sperimentatori, per cui merita di essere usato in questa malattia.

CARUSI.

Contributo all'impiego della simpatectomia periarteriosa nel trattamento dei disturbi trofici e vasomotori secondari alla poliomielite anteriore acuta.

Camera U. (*Arch. d'Ortopedia*, vol. XLII, fascicolo III) rileva come sieno scarse finora le osservazioni sulla influenza della simpatectomia nella cura dei disturbi trofici conseguenti alla poliomielite anteriore acuta, e, in aggiunta ai soli quattro casi finora noti, ne riporta tre di sua osservazione. Un bambino con paralisi massiva dell'arto inferiore destro e notevoli turbe distrofiche, che non permettevano il trattamento ortopedico cruento, fu sottoposto alla simpatectomia della arteria femorale dopodichè le condizioni del trofismo divennero tanto buone da permettere di compiere, già al 20° giorno, il primo intervento.

Una bambina affetta da paralisi infantile ai due arti inferiori con disturbi trofici notevoli, ma senza ulcerazioni, fu sottoposta al trattamento operativo con buon risultato. Ma dopo circa un anno si ripresentò nuovamente per aggravamento dei disturbi trofici con ulcerazioni multiple e progressive. La simpatectomia determinò rapida e completa guarigione. In altra bambina, in seguito ad interventi correttivi, si produsse una ulcera-

zione in corrispondenza della ferita operatoria: la simpatectomia portò la guarigione in brevissimo tempo.

L'A. ricorda il suo espediente di tecnica della infiltrazione sottoavventiziale di siero fisiologico, per facilitare la simpatectomia specialmente delle piccole arterie.

F. GRIFI.

Un nuovo metodo di simpatectomia periarteriosa che ne rende la tecnica facile, rapida e completa.

Camera (*La Chirurgia degli organi di movimento*, vol. X, fasc. 1-2, dicembre 1925) ricorda come la tecnica dell'operazione di Leriche lascia qualche cosa a desiderare o per quel che riguarda la durata dell'operazione o per quel che riguarda la sensazione di essere stati completi nello strappamento a lembi dell'avventizia, che ne rappresenta il momento più difficile e che mette a buona prova la pazienza del chirurgo. Persuaso dell'importanza del piano di scollamento profondo dell'avventizia ha pensato di produrlo con iniezioni di siero fisiologico subito a ridosso della tunica muscolare con la seguente tecnica: Isolata l'arteria e affacciata a livello del piano superiore della ferita, si introduce molto obliquamente un ago lungo e sottilissimo nella parete vasale molto lentamente fino ad avere la sensazione di trovarsi sulla tunica muscolare. Si dà allora all'ago una direzione parallela al decorso dell'arteria e si procede con molta lentezza fra la media e l'avventizia iniettando il liquido per tutto il tratto che si vuol decorticare. L'arteria dopo si presenterà di un volume doppio. La media sarà protetta da uno strato liquido. Fatto un occhiello nell'avventizia si introduce la lama di una piccola forbice smussa o la lama di un bisturi col tagliente rivolto in alto e si seziona longitudinalmente dall'alto in basso badando bene a far tenere sollevati i margini dell'avventizia sezionata e tagliando poi con le forbici ai due estremi. L'A. fa notare l'importanza del rispetto all'avventizia sia nella iniezione che nell'isolamento per far sì che il liquido non venga all'esterno facendo riunire di nuovo le due tuniche. L'A. ha ottenuto ottimi risultati e con molto facile tecnica.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

Ricerche sperimentali e osservazioni cliniche sull'azione del solfato di magnesia.

È conosciuta già da molto tempo l'importanza dei sali di magnesio sulle cellule vitali, specie di determinati organi come nervi, muscoli e ghiandole. Su queste cellule il magnesio agisce deprimendo mentre il calcio agirebbe eccitando. L'azione del solfato di magnesia è stata esperimentata anche sull'uomo introducendola nello speco vertebrale con la puntura lombare e ottenendo così delle anestesie e paralisi temporanee complete degli arti inferiori. È stata adoperata anche la stessa via di introduzione nella cura delle contrazioni da tetano.

Woitaschewski (*Archiv f. klin. Chir.*, vol. 141, pag. 135, 1926), ha eseguito ricerche interessanti sull'azione del solfato di magnesia sulle escrezioni. Egli ha osservato che basta iniettare sotto cute nell'uomo 1-2 cmc. della soluzione al 25 % perchè si abbia una defecazione anche nei casi di stipsi ostinata quando questa dipende da affezioni di origine spastica. Ha osservato anche risultati analoghi sia sulla incontinenza che sulla ritenzione di orina di origine spastica, così p. es. nella ritenzione d'orina postoperatoria; si hanno miglioramenti anche nelle incontinenze da cistite quando l'incontinenza è dovuta a uno spasmo del collo, è indicata specialmente nei disturbi vescicali di origine midollare.

Esperienze sugli animali hanno dimostrato che il solfato di magnesia provoca abbassamento della pressione sanguigna e acceleramento del polso, aumentando le dosi la pressione si abbassa sempre più e si arriva alla morte dell'animale (dose letale per il cane 0,3 per chilo). Dosi medie provocano tanto nel cane che nel coniglio una narcosi completa. L'azione del solfato di magnesia sarebbe dunque deprimente a piccole dosi, a dosi alte avrebbe un'azione paralizzante. Belle ricerche di ordine farmacologico su organi isolati corroborano le conclusioni dell'autore.

VALDONI.

SEMEIOTICA.

Sugli stati morbosi con ipobilirubinemia.

Landau e Held di Varsavia (*Bull. et mém. Soc. méd. hôp.* 1926 n. 14), osservano che gli stati morbosi accompagnantisi con diminuzione della bilirubina ed assenza di urobilinogeno nelle urine, possono essere divisi in tre categorie.

Nella prima gli AA. studiarono venti casi concernenti malattie dei reni: in 18 casi la bilirubinemia oscillò da 0,1 a 0,3 unità e solamente in due casi di nefrosclerosi, complicati da asistolia, era di 0,4 unità, cioè vicino alla normale. Secondo Beth la bilirubinemia può servire come mezzo di diagnosi differenziale fra glomerulonefrite (ove è diminuita) e nefrosclerosi ove è quasi normale e si accompagna quasi sempre ad urobilinuria. Per gli AA. questa differenza non esisterebbe. A notare che un processo morboso renale qualsiasi che si sovraggiunga agli stati morbosi caratterizzati da iperbilirubinemia, modifica questi ultimi.

Nella seconda categoria sono posti i tumori maligni (la cui localizzazione e natura non esercita influenza alcuna): in essi la bilirubinemia oscilla da 0,1 a 0,3 unità. Fanno eccezione il cancro della testa del pancreas con compressione del coledoco, e tutti i tumori che danno metastasi nel fegato.

L'ipobilirubinemia ha un gran valore diagnostico e gli AA. sono d'accordo col v. d. Bergh e Snapper che si basano su questo sintoma per fare la diagnosi differenziale fra tumori maligni ed anemia perniciosa: lo stesso si può dire per i tumori che si avvertono nell'ipocondrio destro: l'ipo o l'iperbilirubinemia decide la questione se è in ballo un ipernefroma (ipobilirubinemia) od un tumore primitivo o secondario del fegato (iperbilir.). Aggiungiamo che i tumori della vescicola biliare non danno iperb. se non sorpassano la vescicola stessa. Una terza categoria di malattie con ipob. è rappresentata dalle malattie del sangue: clorosi, anemia aplastica, linfogranulomatosi.

Danno dunque ipob. le malattie del rene, infiammatorie, degenerative, vascolari (non in asistolia); i tumori maligni senza metastasi epatiche, o compressione del coledoco; le malattie del sangue anzidette. Esiste fra queste malattie un legame fra queste tre categorie? È probabile che qui siamo in presenza di una moderata produzione di bilirubina, forse per insufficienza di materiale bruto: la ipob. si accompagna sempre con una anemia più o meno marcata: forse siamo in presenza di alterazioni profonde del l'apparato emopoietico e dell'apparato ematolitico, con distruzione di emazie meno intensa che allo stato normale.

MONTELEONE.

La curva della indacanemia nella polmonite lobare.

Palombella (*Riforma medica*, anno XLIII, n. 3, gennaio 1927) ha usato il metodo di Jones Rosemberg: nei 12 casi esaminati l'indacanemia tra il secondo ed il quarto giorno di malattia ha dato cifre oscillanti tra 1,28 e 1,92 %; in un caso già il terzo giorno si era avuto un valore di 3,20. Il graduale aumento di queste cifre è stato sempre proporzionato alla gravità dei fenomeni tossinfettivi. Nel periodo post-critico l'indacanemia è in stretta dipendenza con la maniera di risoluzione nel processo: nei casi a risoluzione normale si ha un rapido ritorno ai valori fisiologici, negli altri si osserva una discesa lenta e progressiva in stretto rapporto con l'andamento del processo anatomo-patologico. Sicchè nel periodo acuto della polmonite si ha una notevole iperindacanemia, nel periodo post-critico vi sono casi a risoluzione normale con rapido ritorno ai valori normali e casi a lenta risoluzione in cui la lenta e graduale discesa dei valori dell'indacano è in rapporto con la lenta e graduale risoluzione del processo pneumonico. In queste oscillazioni quindi oltre all'elemento febbrile avrebbe la sua influenza l'elemento infezione.

PALLADINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sperimentali sulla scarlattina.

Già da 12 anni, nell'Istituto Pasteur di Tunisi, Nicolle e Conseil, applicandosi a risolvere il problema dell'etiologia della scarlattina, facevano numerosi tentativi per trasmettere la malattia a mezzo del suo virus, cercando e la sede più probabile di questo nell'uomo malato, e la via migliore d'introduzione in un animale sensibile. Inoculazioni di sangue, di urina, di mucosità ed essudati naso-faringei, di squame, prelevati in tutti i periodi della malattia e iniettati per tutte le vie (cutanea, sottocutanea, endovenosa, faringea, nasale, congiuntivale) negli animali comuni di laboratorio, in cani, gatti, scimmie inferiori, e anche nell'uomo (12 inoculazioni, di cui 3 dello stesso virus in 3 soggetti differenti): tutto era riuscito inutile.

Recentemente, da una malata di scarlattina tipica, di media intensità, al 3° giorno di malattia, con esantema e angina caratteristici e temperatura di 39°,2, Nicolle, Conseil e Durand (*Arch. de l'Instit. Pasteur de Tunis*, sett. 1926) prelevarono con pipetta una particella di tessuto tonsillare, e, pestatolo in soluzione fisiologica, praticarono inoculazioni, pure con pipetta, entro le tonsille di due scimmie e di un uomo (inoculazioni in entrambe le tonsille).

Nessun risultato nelle scimmie; nell'uomo, circa 36 ore dopo, angina scarlattinosa tipica e lingua scarlattinosa, con febbre a 38°,5, senza tumefazione delle ghiandole linfatiche; angina e febbre continuo-remittente durarono una settimana, indi la temperatura cadde per crisi; nessun esantema; cultura, dalla superficie delle tonsille, ricca di streptococchi.

Dalla stessa scarlattinosa, in 11ª giornata di malattia quando già la temperatura era divenuta normale in prima desquamazione, gli AA. praticarono una cultura, in brodo-sangue, dalla superficie tonsillare, riuscendo a isolare, su agar-sangue, uno streptococco emolitico, che non fermentava la mannite.

Una goccia di cultura in brodo-sangue di questo streptococco al 4° passaggio, una settimana dopo il suo isolamento, è inoculata, con pipetta,

entro la tonsilla di un nuovo soggetto. In questi, dopo 6 giorni di incubazione (che gli AA. imputano a diminuita virulenza del germe, isolato in convalescenza), bruscamente la temperatura sale a 39°,2 e compaiono nello stesso tempo angina, lingua scarlattinosa, classica eruzione.

L'esantema e la febbre elevata durarono 4 giorni, e altri 4 la temperatura subfebbrile; al 6° giorno cominciò desquamazione generalizzata classica; in 3ª giornata di malattia si isola dal faringe uno streptococco.

Infine, un terzo soggetto, inoculato per via sottocutanea con ½ cmc. di urina non filtrata, sempre della malata stessa, prelevata 24 ore prima in 5ª giornata di malattia, presentò nei due giorni successivi due *poussées* identiche di un eritema scarlattiniforme generalizzato con esantema faringeo, della durata di 6 ore, accompagnato, la prima volta, da un breve accesso febbrile a 39°.

Gli AA. concludono che la loro esperienza conferma gli studi recenti dei Dick e che l'agente della scarlattina è uno streptococco.

A. CORRADI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. L. A., da A. I. F.:

I limiti di anzianità per l'avanzamento dei Capitani Medici di complemento sono i seguenti:

ad anzianità a tutto il 28 ottobre 1915;
a scelta a tutto il 13 febbraio 1916.

C.

All'abb. n. 1087-3:

Trattandosi di esami che richiedono soltanto cognizioni generiche, non è il caso di consultare trattati. Si rivolga alla Direzione di Sanità del Corpo di Armata di Bari per schiarimenti sui programmi di esame.

C.

VARIA.

Come gravano i prodotti alimentari sulla bilancia commerciale.

Da indagini compiute dall'Associazione tra le Società italiane per azioni, risulta che il traffico delle merci dell'Italia con l'estero, nei primi nove mesi del 1926, ha manifestato il seguente carattere: Generi alimentari: eccedenza delle importazioni per lire 1.400.000.000; Materie prime eccedenza delle importazioni per L. 7.100.000.000. Prodotti industriali: eccedenza delle esportazioni per 1.650.000.000 di lire.

Questi dati dicono come il deficit della nostra bilancia commerciale derivi dal fatto che non produciamo abbastanza per coprire le esigenze della alimentazione nazionale, che siamo tributari dell'estero per quasi tutte le materie prime, indispensabili alla industria, mentre poi la produzione industriale ci dà un saldo attivo. Da tali risultanze emerge pertanto di assoluta evidenza la estrema importanza della innumerevole e strettissima rete di provvidenze, concepite e volute dal Capo del Governo ed in corso di realizzazione, all'intento di arrivare a meglio sopperire alle esigenze alimentari e diminuire la lacuna delle materie prime. (*L'Avven. Sanit.*).

Esportazione delle uova italiane in Argentina.

Nell'ultima riunione del Consiglio Direttivo della Camera di Commercio italiana di Buenos Aires, è stato rilevato, in seguito a precise informazioni pervenute da una Ditta interessata, che le Compagnie di navigazione italiane potrebbero perfezionare il loro servizio di trasporti di uova, migliorando i sistemi di imbarco e sbarco che nella forma oggi usata cagiona una sensibile percentuale di rotture.

Alla Camera di Commercio risulta che alcuni importatori sono stati costretti, per evitare perdite non trascurabili, a valersi pel trasporto preferibilmente di vapori francesi che consegnano la merce in condizioni molto più vantaggiose.

La Presidenza della Camera ha, dopo questa riunione, ritenuto suo dovere di informare senza indugio le Compagnie di navigazione italiane, il Ministero dell'Economia e l'Istituto per le esportazioni affinchè questi vari enti svolgano le pratiche del caso nell'interesse del traffico internazionale.

Nel primo semestre del 1926 furono importate in Argentina 223,633 casse di uova delle quali quasi due terzi dagli Stati Uniti (166,732 casse): dall'Italia 50,915 casse, l'Inghilterra figura con 2896 e l'Ungheria con sole 2000. (*L'Avven. San.*).

☛ ***Interessante pubblicazione:***

Dott. Prof. ENZO ROMANELLI
Docente nella R. Università di Napoli.

Il Croup e la Tecnica della Intubazione

SOMMARIO, in riassunto. — Storia. Studio Clinico. Morfologia. Istrumentario. Tecnica della intubazione. Tecnica della estubazione. Intubazione e Tracheotomia. Cura medica del Croup. Sieroterapia antidifterica. Malattia da Siero. Profilassi antidifterica.

Un volume in-8°, di pagg. VIII-106. Prezzo L. **14.**
Per i nostri abbonati sole L. **12,80**, in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Regolamento per i laboratori provinciali e comunali di igiene e di profilassi.

(R. D. 16 gennaio 1927, n. 155; *Gazz. Uff.* 22 febbraio n. 43).

Riportiamo di questo regolamento le disposizioni più notevoli:

Art. 1. — Spetta all'Amministrazione provinciale ed all'Amministrazione comunale, nella rispettiva competenza, di stabilire, con apposito regolamento, da approvarsi nelle forme di legge, sentito il Consiglio provinciale di sanità, le norme relative al funzionamento dei servizi affidati ai laboratori provinciali e comunali di igiene e di profilassi, e quelle relative alla pianta organica ed allo stato giuridico ed economico del personale tecnico addetto ai laboratori stessi.

Art. 2. — Agli effetti del precedente articolo, lo stato giuridico del personale tecnico dei laboratori provinciali e comunali deve essere determinato in conformità delle norme in vigore per gli ufficiali sanitari, in quanto applicabili.

Al personale stesso, poi, devono essere fatte, proporzionalmente, condizioni di impiego in nessun caso e per nessun titolo inferiori al trattamento concesso al personale sanitario alla dipendenza del Comune capoluogo della Provincia.

Art. 3. — Ciascuna delle due sezioni dei laboratori di igiene e di profilassi, previste dall'art. 6 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, e ciascuna sezione distaccata deve avere il proprio direttore, un coadiutore ed almeno un assistente.

Art. 4. — Salvo il disposto dei successivi articoli 33 e 34, il personale tecnico addetto ai laboratori è nominato nel seguente modo:

a) gli assistenti, esclusivamente in base a pubblico concorso, per esami e per titoli, da bandirsi entro tre mesi dalla vacanza del posto;

b) i coadiutori ed i direttori per promozione interna, a norma del disposto del successivo art. 13. Qualora, però, non possa farsi luogo a promozione interna, sia per giudizio sfavorevole della speciale Commissione, prevista dal suddetto art. 13, sia per mancanza di personale aspirante alla promozione stessa, deve farsi luogo a pubblico concorso per esami e per titoli.

Art. 5. — I concorsi, di cui al precedente articolo, sono giudicati da una Commissione composta:

1) del vice prefetto, presidente;

2) di tre professori stabili di Università, nominati dal Prefetto, dei quali due di chimica o chimica farmaceutica ed uno di igiene per i concorsi ai posti della sezione chimica; e due di igiene ed uno di patologia generale o d'anatomia patologica per i concorsi ai posti della sezione medico-micrografica;

3) di un funzionario dei laboratori della Direzione generale della sanità pubblica, designato di volta in volta dal Ministero, o del medico provinciale.

Un funzionario amministrativo di Prefettura, designato dal Prefetto, ha le funzioni di segretario della Commissione.

(Gli articoli 6, 7, 8 riguardano le convocazioni della Commissione, l'avviso di concorso, ecc.). Quanto al titolo professionale, è da notare che l'art. 8 richiede:

« Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, o diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito entro il 31 dicembre 1924, o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909, per i concorsi ai posti del personale tecnico della sezione medico-micrografica dei laboratori; diploma di abilitazione all'esercizio della professione di chimico, o diploma di laurea in chimica, in chimica e farmacia od in chimica industriale conseguito entro il 31 dicembre 1924, o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. su citato, per i concorsi ai posti del personale tecnico della sezione chimica ».

Art. 9. — Salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, i concorrenti ai posti di direttore di sezione dei laboratori non debbono superare, alla data di pubblicazione del relativo bando di concorso, l'età di anni 45; i concorrenti agli altri posti del personale tecnico dei laboratori non debbono superare, alla data anzidetta, l'età di anni 35.

Sono esentati dal limite di età:

1) gli aiuti ed assistenti delle Facoltà di medicina e chirurgia e di chimica e delle scuole di chimica e farmacia presso le Università e gli Istituti di istruzione superiore;

2) coloro che alla data del bando di concorso prestino servizio presso laboratori di igiene e di profilassi, dipendenti dallo Stato o da altri enti pubblici, in base a regolare nomina, conseguita per effetto di pubblico concorso;

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

3) coloro che alla data del bando di concorso prestino ininterrotto servizio, anche per effetto di incarico provvisorio, da almeno tre anni presso laboratori di igiene e di profilassi, dipendenti dallo Stato e da altri enti pubblici.

(L'art. 10 riguarda le indennità ai commissari).

Art. 11. — Spetta alla Commissione giudicatrice del concorso di decidere sull'ammissibilità dei concorrenti.

Art. 12. — La Commissione giudicatrice del concorso forma la graduatoria di tutti i concorrenti e designa per la nomina i primi tre classificati, indicandoli per ordine di merito.

A parità di merito hanno vigore le norme di cui all'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073.

La nomina deve cadere su uno dei concorrenti designati nella terna.

A concorso espletato, la graduatoria e la terna devono essere pubblicate all'albo della Prefettura ed a quello della Provincia o del Comune interessato.

Art. 13. — Le nomine per promozione interna ai posti di coadiutore e di direttore devono essere precedute dal parere favorevole di una speciale Commissione. Ove trattisi di promozione dai posti di coadiutore a quelli di direttore, tale Commissione è costituita nei modi previsti dall'art. 5. Nel caso di promozione dai posti di assistente a quelli di coadiutore, essa è composta del presidente della Deputazione provinciale o del podestà del Comune, del medico provinciale, e del direttore della sezione medico-micrografica o della sezione chimica, a seconda che trattasi di nomina di coadiutori dell'una o dell'altra sezione.

Art. 14. — Le funzioni di direttore e di coadiutore dei laboratori sono incompatibili con quelle di ufficiale sanitario e con quelle di capo di ufficio municipale di igiene.

Art. 15. — Al personale tecnico addetto ai laboratori è vietato:

a) di applicarsi, direttamente od indirettamente, per proprio od altrui conto, a qualsiasi commercio od industria soggetti a vigilanza igienica;

b) di attendere, direttamente od indirettamente, per proprio od altrui conto, al funzionamento ed alla gestione di laboratori di analisi chimiche e batteriologiche e di eseguire, nel laboratorio al quale è addetto, per proprio conto, analisi e ricerche di interesse privato;

c) di comunicare i risultati o le conclusioni delle analisi e perizie a persone estranee.

(Gli articoli 16, 17 e 19 riguardano i controlli sui laboratori e la relazione semestrale).

Art. 18. — I laboratori provinciali di igiene e di profilassi sono obbligati a soddisfare alle richieste dell'ufficiale sanitario del capoluogo della Provincia, quando in questo non esista un laboratorio comunale, per il servizio di competenza dell'ufficiale sanitario stesso, mettendo anche, ove possibile, a sua disposizione i vigili sanitari, laddove se ne presentasse l'urgente necessità, in rapporto a speciali bisogni locali.

È data, in ogni caso, facoltà al medico provinciale di disporre dei vigili sanitari addetti ai laboratori provinciali per i bisogni contingenti dei Comuni della Provincia.

Art. 20. — Quando dalle analisi eseguite nei laboratori si rilevi la necessità di provvedimenti della competente autorità, a tutela della igiene e della salute pubblica, i direttori dei laboratori stessi devono dare immediata comunicazione dei risultati di tali analisi, anche quando queste siano state eseguite per conto di privati, al medico provinciale ed all'ufficiale sanitario del Comune interessato.

Art. 21. — I direttori dei laboratori devono conservare, per almeno tre mesi, una parte sufficiente di tutti i campioni non prontamente alterabili, per un eventuale esame ulteriore, munendoli delle indicazioni acconcie per l'identificazione.

(Gli articoli 22, 23 riguardano la idoneità dei locali).

Art. 24. — I laboratori e le sezioni distaccate di essi possono compiere analisi e ricerche d'interesse privato, quando ciò sia autorizzato in massima dall'Amministrazione provinciale o comunale interessata, su conforme parere del medico provinciale, tenuto conto della disponibilità dei locali e della sufficienza del personale.

Art. 25. — Le Amministrazioni provinciali o comunali interessate potranno concedere al personale tecnico dei laboratori, che ne sarà meritevole, speciali premi di operosità, in relazione al lavoro compiuto per le indagini di interesse privato.

In nessun caso l'ammontare complessivo di tali premi può eccedere il 50 % degli introiti annui provenienti dai compensi per le indagini anzidette.

Art. 26. — Il riparto delle spese per i laboratori provinciali, a norma dell'art. 5 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, è fatto dall'Amministrazione provinciale ed approvato dal Prefetto.

Agli effetti di tale riparto, il coefficiente della popolazione dei Comuni, obbligati al contributo, è quello risultante dall'ultimo censimento generale.

(Gli articoli 27, 28, 30, 31 e 32 riguardano abro-

gazioni di norme anteriori, passaggio di gestione e inventari).

Art. 29. — Il passaggio degli attuali laboratori comunali alle Amministrazioni provinciali, a norma dell'art. 5 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, dovrà effettuarsi entro sei mesi dalla pubblicazione del presente regolamento.

Art. 33. — Il personale tecnico dei laboratori comunali, che, per effetto della disposizione dell'art. 5 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, passeranno alle Amministrazioni provinciali, sarà assunto, nei limiti dei posti d'organico, dalle Amministrazioni provinciali, qualora abbia conseguito la nomina nel posto occupato, a seguito di regolare concorso, bandito a norma delle disposizioni regolamentari finora vigenti.

Il personale amministrativo e di servizio dei laboratori comunali predetti sarà assunto dalle Amministrazioni provinciali, nei limiti dei posti di organico, qualora abbia già acquistato la stabilità.

Art. 34. — Il personale tecnico degli attuali laboratori comunali, assunto in servizio, senza la formalità del concorso, potrà essere confermato dall'Amministrazione provinciale, sempre che, alla data di pubblicazione del presente regolamento, abbia prestato non meno di tre anni di ininterrotto e lodevole servizio e sia munito del titolo di studio richiesto dal precedente art. 8.

La conferma deve essere in ogni caso preceduta dal parere favorevole di una Commissione, costituita, nei modi previsti dall'art. 5.

Art. 35. — Il personale degli attuali laboratori comunali che, per effetto degli articoli precedenti, sarà nominato nei posti di organico delle Amministrazioni provinciali verrà iscritto, in conformità alle disposizioni vigenti, alla Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari od alla Cassa di previdenza per le pensioni agli impiegati degli enti locali, anche se già iscritto a regolamenti o convenzioni speciali comunali; salvo il riconoscimento, ai fini della liquidazione della pensione o dell'indennità, del servizio prestato presso il Comune, nei modi e con le forme previste dal R. D. legge 15 aprile 1926, n. 679.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIV. — Un caso interessante di responsabilità per colpa aquiliana nell'esercizio della vigilanza di disinfezioni pubbliche.

Le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno risoluto un caso molto interessante di responsabilità per colpa aquiliana. Un medico di porto era stato chiamato in giudizio per rispondere civilmente delle conseguenze derivate ad altri dalla inosservanza di norme prudenziali o regolamentari dirette ad assicurare l'incolumità dei privati. *La inosservanza di queste norme si riferiva all'esercizio della vigilanza delle operazioni di disinfezione di una nave, cioè d'una funzione affidata al medico di porto.*

La Corte di Cassazione, con sentenza 6 novembre 17 dicembre 1926 n. 3299, ric. De Castro, ha dichiarato che il medico di porto è in tal caso responsabile civilmente se, chiamato ad invigilare le operazioni di disinfezione, non abbia osservato norme prudenziali o regolamentari e perciò, per sua colpa, abbia cagionato pregiudizio a terzi. Crediamo utile riportare la parte sostanziale della motivazione di questa importante sentenza, per il principio di massima che ne risulta.

Il S. C. osserva: « È vero che la disinfezione delle navi è disposta a tutela della sanità pubblica, onde le norme che la disciplinano hanno prevalentemente carattere di norme di polizia. Ciò peraltro significa solo, da un lato, che esse non attribuiscano al privato « un diritto alla disinfezione », del quale egli possa lamentare la lesione, nel caso che una nave in condizioni di essere disinfettata venga ammessa alla libera pratica, senza essere stata sottoposta a quella operazione, anche se ciò gli sia causa di danni: e dall'altro, che l'organo della pubblica amministrazione, delegato a sorvegliare la disinfezione, non è responsabile verso il privato della osservanza delle regole stabilite a tutela dell'interesse pubblico, vale a dire del regolare adempimento della funzione di polizia, la quale è informata al criterio della discrezionalità. Ma dall'avere la disinfezione uno scopo di interesse pubblico non discende anche l'irresponsabilità civile del funzionario il quale si rendesse colpevole di trasgressione di quelle elementari regole di prudenza alle quali deve di necessità informarsi, anche quando una norma positiva non le richiami in modo espresso, l'esplicazione di qualsiasi attività umana, che non sia deliberatamente rivolta a cagionare danno. Ma, come si è detto, quell'affermazione neppure risponde al vero, perchè l'art. 80 del regolamento, fa preciso obbligo al medico di porto, chiamato ad invigilare le operazioni di disinfezione, di attenersi alle istruzioni ministeriali e queste gli impongono di presenziare dette operazioni, allo scopo, fra l'altro, d'impartire e fare rigorosamente osservare le disposizioni atte ad assicurare l'incolumità del personale di bordo e di quello operante, ed in particolare di accertarsi dell'aereazione negli ambienti disinfettati e dell'accessibilità agli stessi ad aereazione ultimata ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Su la pletora medica.

Caro Pangloss,

La pletora medica merita tutta l'attenzione che hai ridestato. Da molto tempo se ne parla, si escogitano i ripari senza entrare mai a fondo nella questione.

La diluizione professionale nell'arte nostra supera i confini di un falso spirito di conservazione per entrare nell'orbita di una prevenzione sociale atta a garantire l'apostolato sanitario da ogni inquinamento affaristico.

La pubblica salute vuole una tutela bene inquadrata e non può ammettere le scappatoie che ogni esuberanza riesce a trovare. È perciò un problema che perde ogni carattere di campanile per essere discusso come fenomeno altamente sociale.

Studiare un rimedio senza la patogenesi del morbo da combattere significa fare della cura sintomatica a tempo perso in attesa che il fenomeno passi e la società che lo subisce si difenda da sè. Sarebbe allora carità di patria non parlarne e augurarci che tutto ritorni presto nei confini della giusta proporzione.

Questo assenteismo oggi più che tollerato deve essere efficacemente biasimato dal nuovo soffio di operosità che pervade ogni categoria di cittadini; ed è bene che spiri fra noi, per atavismo diffidenti, assenti e negletti. Eleviamoci prima al cospetto di noi stessi se vogliamo che la nostra dignità, il nostro interesse seguano la corrente restauratrice di tutte le attività.

La solidarietà ipoteca l'avvenire e crea la forza per realizzarlo.

Lasciamo che il pettegolezzo e il sarcasmo continui a sfiorare la nostra anima sospinta alla ricerca del vero; non ne risentiremo che lo sprone per far meglio. Non rammarichiamoci se i nostri titoli di studio ci danno un trattamento inferiore a quello che ci spetta e un apprezzamento così poco lusinghiero da farci rimpiangere gli studi fatti, i sacrificii spesi, amareggiati da certi confronti che dovrebbero rivelarci più che umiliarci.

L'inquadramento sindacale deve essere la nostra rivelazione e la nostra rocca di disciplina; lo spirito innovatore, che ci valorizza, la nostra bandiera. Sentiamoci sereni nell'espressione della forza che rapprestiamo a guardia del maggior nostro patrimonio — il patrimonio umano.

Mi sia lecita questa divagazione che ad un tempo è anelito e speranza perchè sono convinto dei rapporti diretti fra l'isolamento in cui vive singolarmente ogni medico e il fenomeno pletorico che lamentiamo.

Non dobbiamo meravigliarci se il giovine studente di liceo si sia creata l'illusione che la nostra professione sia ideale nella sua libertà e indipendenza, nella facilità di guadagnarsi la vita, sia pure mendicando qualche prestazione, con poca fatica e con molte soddisfazioni.

E qui parlo dell'adescamento occasionale che l'esercizio medico offre alle anime impure preparate purtroppo dai nuovi tempi libertini, dalle impressioni ricevute e dallo spirito avventuriero della gioventù odierna.

È una verità che andrebbe sindacata con perspicace intelletto e conoscenza, persuasi come siamo della santità della nostra missione che vale più d'un sacerdozio in quanto penetra nell'intimità della famiglia e dell'individuo mettendo a nudo la realtà fisica e morale per scoprire il male da combattere.

La rilassatezza dei costumi, che questo dopoguerra funesto ha portato in ogni nazione, ha fatto concepire il lenocinio della professione più santa e più sublime.

La parola è tormentosa, forse assai superiore alla verità; ma basta che contenga un po' di vero per legittimare ogni risentimento difensivo.

Più che un esame di coscienza professionale è un esame preliminare per la determinazione del fenomeno.

Soffermiamoci su questa pletora e domandiamoci come mai il giovine candidato alla vita professionale preferisca gli studi di medicina più lunghi più faticosi più pericolosi e indirizzati ad un unico fine, a differenza di altri studi più fondamentali e come tali adatti a uffici diversissimi. È un paradosso che rivela la cecità della decisione o meglio l'impulsività della stessa senza che la società, che di queste erigende attività deve un giorno servirsi, si dia cura di illuminare tutte le vie aperte e determinare le finalità più proficue.

Questo scegliere a caso la professione porta oggi la conseguenza che deprechiamo. È puerile parlare di tendenza alla medicina durante lo svolgersi degli studi liceali.

L'allettamento verso una libertà variopinta, l'illusione di una attività dilettevole sono, secondo me, fattori di predilezione. La verità, finchè è nascosta, prende la forma che i tempi suggeriscono e diventa moda artificiosa.

Una volta presa la decisione non si ritorna indietro anche quando tu, caro Pangloss, riuscissi a dire tutta l'amarezza, tutto il sacrificio di questa verità.

Non ti crederanno e ti tacceranno da impostore egoista perchè l'insegnamento più vero, più reale, più creduto sopratutto è quello che il collega nostro ha inconsciamente insinuato e l'anima giovanile predisposta ha già assimilato. Le amarezze che albergano nell'animo del medico tacciono nella prudenza e nel bisogno di accreditare il suo nome, la sua libertà, la sua gaiezza artificiosa nel tormento che lo pervade. È innato in ogni professionista il bisogno di esagerare la sua attività e i benefici ottenuti da essa; nei medici è innato ancora il piacere di esagerare i benefici astratti anche quando discute l'opera di un suo collega. Nessuna professione gode come la nostra tanta libertà di azione.

La clientela è meta inesauribile di ogni attività ma fra quella e questa quale autorità coordinatrice interviene presso di noi? L'emancipazione professionale crea l'indipendenza, questa

crea l'illusione di una confortante libertà. I tempi corrotti fanno il resto.

Chi vive isolato ama pascersi di chimere in una atmosfera di autoapologia.

Mancando ogni coesione manca lo spirito di classe. Il prisma dei nostri guai è questo ed uno dei suoi riflessi è appunto il fenomeno contro cui strenuamente lottiamo.

Questa sciagurata situazione umiliante ed allettante ad un tempo si ripercuote sulla nostra gioventù, avida di emozioni come non mai finora.

Le Università riversano ogni anno una falange di medici in cerca del loro sogno. Gl'interinati accaparrano l'attesa con una complicità pari alla pietà tante volte negata al medico pensionato in cerca della possibilità di non morire di fame. Sono le supreme beffe dell'interinato. Da questo scoglio ove si rifugia il naufrago della vita salpa il sognatore della vita. L'eterno antagonismo fra il sogno e la realtà si risolve nel nostro caso in una beffa feroce, una classe in secolare disagio ha oggi l'ebrezza di sapersi ipertrofica, e atterrita e soddisfatta insieme guarda questo fenomeno dubitando di ignorare l'esistenza di un filone d'oro.

Eppure la colpa di questa superfetazione è nostra; l'agente fecondatore è nostro e non ci accorgiamo che basta evitare la visione caleidoscopica di questo sbandamento professionale, fattore di spontanea germinazione, per attenuare almeno questa pletora di illusi.

Per progredire ci vuol energia, franchezza e solidarietà e l'ora ne sospinge.

In questo momento di orientamento corporativo che incanala ogni attività potenziale o dinamica in tanti rigagnoli convogliati verso la cascata maestra, fattrice della nostra grandezza futura, ogni esclusione diventa diserzione. Il sindacalismo medico riuscirà nel suo intento coordinatore con più stentata ostinazione, ma la sua vittoria sarà tanto più benefica in quanto contrastante con la tradizionale, velenosa e improduttiva apatia isolante dei medici. La pletora lamentata in quasi tutte le nazioni, è frutto dei tempi che corrono, e non potrà essere efficacemente combattuta che con l'aggressione indiretta, destinata a colpire il male nelle sue radici per quel che è possibile.

L'Italia, che si è inquadrata in una disciplina operosa, disciplinerà questo artificioso fenomeno col sindacalismo.

Quale meraviglia se il giovine candidato all'Università, dovendo scegliere il suo domani, si lascia influenzare dalla sua utopia frenetica imbastita sulla trama di una presunzione apparente? Perchè non dar corpo a queste apparenze sopprimendole? E chi può sopprimerle? Chi può mettere efficacemente a nudo la realtà?

Ecco profilarsi un indirizzo sindacale che, armonizzando i bisogni supremi della Patria con la necessità che ha ogni cittadino di guadagnarsi la vita, illumini le vie da percorrere. Si arriva alle porte dell'Università senza sapere tante volte a quale porta bussare. La scelta professionale è così importante che non può essere affidata al caso o deviata da presupposti bugiardi.

Il giovine candidato deve essere informato di tutte le vie che gli si affacciano, di tutti i tentativi cui può approdare, di tutte le risorse di cui può servirsi, di tutti i vantaggi vicini e lontani che può raggiungere, di tutto il bene e il male inerente ad ogni impiego prospettato, ad ogni professione da perseguire.

Ed è necessario che oltre alla chiarezza della prospettiva si raggiunga la riduzione alla più semplice espressione di un altro coefficiente responsabile della sperequazione distributiva e numerica delle professioni. Parlo del fattore locale.

L'aumento delle Università di Medicina deve solo servire ad un maggiore incremento della cultura scientifica, permettendo alle famiglie, che hanno figlioli da mandarvi, di economizzare tempo e danaro. In un'Italia veramente unificata, in cui il regionalismo è stato finalmente assorbito da un unico sentimento nazionale, è bene che anche l'avviamento professionale abbia la sua disciplina, e la prima ad averne vantaggio sarà la Nazione.

E questa è opera altamente patriottica che tutti i Sindacati cercheranno di compiere armonicamente.

Il Sindacato Sanitario, adottando il nuovo stile, curerà quella solidarietà di classe che è stata utopia raggiungere finora, compiendo opera di tutela a favore dei suoi componenti, contribuendo alla soluzione della più importante questione che ci interessa — l'elevazione nostra morale e politica — e curando l'elefantiasi morbosa che ora ci deturpa al cospetto del mondo intero.

All'ombra dell'èra nuova che ci travolge noi possiamo soffocare ogni spirito di egocentrico isolamento nella collaborazione sindacale. Riusciremo così a proiettare sulla nobiltà della nostra missione quella luce che oggi vuol essere luce di progresso, di civiltà e sopratutto di valorizzazione.

La pletora è un fenomeno spasmodico che passerà quando il regime di disciplina corporativa sarà un fatto compiuto, e globalmente, fra i medici tutti.

L. SBAVAGLIA.

Cronaca del movimento professionale.

Pei medici di marina mercantile.

Una lettera del prof. Augusto Murri.

Nell'ultima tornata parlamentare discutendosi il Bilancio delle Comunicazioni fu presentato il seguente ordine del giorno:

« La Camera, considerate le disagiate condizioni economiche e morali dei medici di bordo in rapporto alla notevole importanza del loro ufficio che si esplica a bordo delle navi non solo per la difesa dei naviganti ma anche per preservare dalla possibile penetrazione di germi infettivi la sanità pubblica del Paese, fa voti che le loro condizioni siano migliorate ed equiparate almeno a quelle dei capi macchinisti. Fa voti ancora che tali miglioramenti chiesti da un ventennio dai benemeriti medici di bordo, siano prontamente realizzati sopprimendo nel nuovo regolamento organico delle

compagnie sovvenzionate la tabella relativa ai loro assegni per sostituirla con una nuova tabella aggiunta, che più equamente li consideri e li compensi ».

Perna, Morelli Eugenio, Gabbi, Messedaglia, Salvi, Leonardi, Colucci, Amicucci, Salerno, Gargiolli.

L'ordine del giorno porta dieci firme così autorevoli, sia nel campo scientifico che nel campo politico, che basterebbe solo questo perchè i medici della marina debbano sentirsi orgogliosi di essere stati così ben difesi.

Il Ministro ha accettato come raccomandazione l'ordine del giorno che però non fu svolto data l'ora tarda, la necessità di esaurire le discussioni e il fatto che il primo firmatario di esso, prof. Perna, era dovuto partire improvvisamente colla deputazione calabrese.

Comunque è sperabile che il Ministro col suo squisito senso di giustizia vorrà decidere favorevolmente in merito alla raccomandazione fattagli in seduta.

La questione dei medici di bordo ha più un'importanza morale che materiale. Colle nuove tabelle essi verrebbero equiparati al primo ufficiale; in tal modo sparirebbe la loro qualità di capi servizio, che hanno invece i capi macchinisti, cosa che non era nel passato. In verità ci sembra un po' madornale che l'unico laureato tra gli ufficiali di un piroscafo debba avere una posizione di secondaria importanza. È necessario riconoscere che il medico di bordo rappresenta un progresso civile, che egli non può dipendere che dal Comandante e dallo Stato che gli affida le funzioni di Ufficiale Sanitario e il geloso compito di difendere non solo la salute degli abitanti della piccola città galleggiante, ma anche quelli della intiera Nazione la quale potrebbe subire danni gravissimi di fronte alla sua eventuale incompetenza o negligenza. Come sia accaduto quindi che nelle Tabelle attuali egli abbia regredito, non si arriva a comprendere. Il male è che nelle riunioni in cui si discuteva il nuovo regolamento organico il rappresentante dei medici non è stato mai ammesso a dire le sue ragioni. Sieno stati gli Armatori, sieno stati i dirigenti dell'Associazione Marinara, certo è che la classe dei sanitari fu calcolata come una quantità trascurabile e quindi lasciata da parte.

È ben vero che alcuni degli Armatori cominciano ormai a comprendere l'importanza dell'ufficio che compie il medico a bordo, ma è altrettanto vero che ce ne sono di quelli che conservano la mentalità medioevale e che continuano a non dare a lui soverchia importanza.

Uno dei consiglieri dell'Associazione ha voluto interpellare sulla questione il grande Clinico prof. Augusto Murri il quale ha risposto con la seguente nobilissima lettera che riproduciamo integralmente:

« *Caro Ribolla,*

Ho saputo che i medici di bordo han chiesto di essere un po' più considerati. Spero che le loro richieste sieno accolte. A me pare che la vita d'un medico di marina dovrebb'essere stimata di più.

Non si può ignorare che lo studio della medicina esige sei anni d'Università non solo, ma un obbligo di lavoro intellettuale, che non finisce che colla vita. Prima non c'era che qualche popolo Europeo che produceva sapere medico: ora questo è triplicato: la Russia, la Scandinavia, l'America del Sud, l'America del Nord, il Giappone, l'Australia, mandano continuamente lavori che un medico *onesto* non può non conoscere, per quanto purtroppo è difficilissimo conoscere tutto.

Un povero medico che si può trovar solo dinnanzi a dubbi e all'ignoto a chi si volgerà per consiglio?

Basterebbe questo per farlo apprezzare e per compensarlo di una vita veramente virtuosa e benefica.

Bologna, 7 aprile 1927.

Suo *Augusto Murri* ».

Le parole del grande Padre spirituale dei medici italiani sono, come ogni scritto di Lui, veramente alte, nobili, precise. E dovrebbero essere ben meditate e tenute in gran conto: a nome di tutti i colleghi vada pertanto al Clinico illustre e al Maestro venerato la più schietta gratitudine nostra.

E aspettiamo pazientemente: dicono che il tempo è galantuomo, e speriamo « che almeno lui non abbia scroccato la fama ».

Dott. ROMOLO RIBOLLA.

Inquadramento sindacale dei medici dipendenti da Enti pubblici.

In seguito all'interessamento del Segretario Generale del Sindacato Nazionale Medici Fascisti, dott. Arnaldo Fioretti, il Ministero delle Corporazioni ha definito la quistione circa la possibilità di sindacarsi dei medici dipendenti da enti pubblici e che contemporaneamente esercitano la libera professione, con la seguente nota:

« Sul quesito posto nella lettera sopraindicata, se i sanitari che sono legati da rapporti d'impiego verso Enti Pubblici ed esercitano anche la libera professione, possono costituirsi in Associazioni sindacali legalmente riconosciute per la tutela della loro libera attività professionale, questo Ministero osserva:

« L'art. 3 del R. D. 1° lug. 1926 sostanzialmente mira alla protezione del rapporto di impiego pubblico da influenze di natura sindacale, perchè lo vuole rimesso completamente al governo degli or-

dinamenti interni degli Enti Pubblici. Difatti il divieto di sindacarsi si riferisce non solo ai dipendenti, ma anche agli Enti Pubblici, in modo che non si trovino di fronte a regolare il rapporto impiegatizio gli uni come lavoratori e gli altri come datori di lavoro.

« Oltre questi limiti non pare possa estendersi il disposto dell'art. 3 suddetto.

« Onde se un dipendente oltre all'attività, che costituisce l'obbietto della prestazione impiegatizia, ne esplica un'altra nel campo libero professionale, non può incontrare il divieto di sindacabilità dell'art. 3, ma va sottoposto dal punto di vista sindacale alla regola propria dell'attività esplicata.

« E poichè nel caso in esame sono ammesse nella Legge le Associazioni sindacali di liberi esercenti una professione, è evidente la sindacabilità dei sanitari impiegati, liberi professionisti, colla logica limitazione che i Sindacati relativi non possano con la loro attività andare oltre i limiti della tutela della libera professione ed invadere il campo del rapporto di impiego, che deve rimanere esclusivamente affidato al governo degli ordinamenti interni degli Enti Pubblici.

« Per quanto riguarda il caso del dottor Cresci, nominato a Segretario del Sindacato Provinciale delle Professioni sanitarie di Milano, si osserva che evidenti ragioni di opportunità sconsigliano dal consentire che egli dipendente comunale, per le sue qualità di medico addetto all'Ufficio di Igiene, possa impiegare la sua attività nella direzione di un'Associazione sindacale, e di conseguenza dovrebbe essere sostituito ».

In un commento a firma Fioretti-Rossoni, pubblicato ne « La Federazione Medica » del 1° aprile, si rileva in particolare quanto appresso:

« Tutti i Sanitari dipendenti da Enti Pubblici che contemporaneamente esercitano la libera professione siano o no iscritti ai Sindacati, sono tenuti al versamento del *contributo sindacale obbligatorio previsto dalla legge* 3 *aprile* 1926 *n.* 536 *e relativo regolamento* 1° *luglio* 1926 *n.* 1130.

Essendo stata sancita dal Direttorio Nazionale del Partito Fascista sotto la presidenza del Duce, la incompatibilità alle cariche delle Associazioni dipendenti enti pubblici e quelle dei Sindacati giuridicamente riconosciuti, è necessario che nella formazione dei Direttori Provinciali e Nazionale del Sindacato Medico, questa norma sia gelosamente rispettata.

Sindacato Sanitario Fascista di Roma e Provincia.

Il Sindacato Medico Fascista rende noto che presso la sede di via dei Lucchesi 31, sono messi a disposizione dei signori medici i moduli per la richiesta della « carta di identità », i quali saranno direttamente trasmessi all'Ufficio Governatoriale competente a cura del Sindacato.

Si daranno ulteriori notizie circa le eventuali altre facilitazioni che potranno, al riguardo, essere concesse dal predetto Ufficio.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALTIVOLE (*Treviso*). — Cond. med.-chir. Stipendio L. 8000. Indennità trasp. L. 2500; c.-v. di legge; assegno uff. san. L. 600. Alloggio con fitto di L. 500 annue. Tassa L. 50.20. Informazioni su scadenza termine e altre notizie chiederle alla locale Segreteria Comunale.

BISACQUINO (*Palermo*). — Proroga 15 maggio; L. 8500 e addizionale, 5 quinquenni dec., c.-v. ridotto del 25 %; ab. 10,350; unico centro, superfice territorio kmq. 65.

CAMERINO. *L. Università.* — Il concorso per la cattedra di anatomia umana normale, bandito con D. M. 15 dic. 1926, è stato revocato con D. M. 28 feb. 1927 (Gazz. Uff. 8 mar. 1927, n. 55).

CANTALUPO SABINO (*Perugia*). — Scad. 10 mag.; L. 10,500, oltre L. 400 uff. san.; tassa L. 50.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Per S. Anna e Cavanella d'Adige; L. 9000, indenn. c.-v. e trasp.; alloggio gratuito. Scad. 30 apr.

FERRARA. — Scad. 30 apr., per Denore; L. 9800 e 5 quadrienni dec.; L. 3000 complementari; lire 2500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

GARGNANO (*Brescia*). — Scad. 30 apr.; ab. 1260; pov. 200; L 10,000 e 6 quinquenni dec.; c.-v.; L. 2000 trasp.

GONZAGA (*Mantova*). — A tutto 10 mag.; capoluogo; L. 8500, oltre c.-v. in L. 1480 se celibe, L. 2370 se coniugato; L. 2500 trasp.; L. 400 carcere; L. 1300 uff. san.; L. 500 direz. Osped.

MINUCCIANO (*Ferrara*). — Scad. 25 apr.; lire 10.000 oltre c.-v. in L. 1200 e L. 3000 trasp.; età lim. a. 45; tassa L. 50.15.

MONDOLFO (*Pesaro*). — A 30 gg. dal 4 apr.; capol.; L. 8000 e 2 c.-v.; trasp. L. 3000, addiz. L. 3 oltre 500 pov.; per uff. san. L. 600; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

PARETO (*Alessandria*). — Scad. 15 mag.; consor. con Moglia; L. 7000 per 70 pov. circa; indenn. L. 500; in corso aumenti a L. 8000 e 2000 rispettivam.; se uff. san. L. 800; età lim. 45 a.

PIEDIMONTE ETNEO (*Catania*). — L. 9000 e 4 quinq. dec.; non è corrisposta indenn. trasp.; scad. 30 gg. dall'inserzione nel Bollett. dell'Assoc. Naz. Med. Condotti; età lim. 40 a.; docum. a 3 mesi dall'8 apr.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 8 tenenti med. in serv. perm. nel Corpo San. Milit. Maritt. Scad. 5 maggio. Vedi fascicoli 9 e 13.

SANT'AGOSTINO (*Ferrara*). — A 1 mese dal 1° aprile, per San Carlo; L. 9500 e L. 2000 (variab.) cav.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi.

SORANO (*Grosseto*). — Per Sorano-Elmo-Montebono; L. 10,500 e quadrienni dec., oltre assegno L. 800 per i coniugati e L. 300 per i celibi; L. 1000 per cavalc., senz'obbligo di tenere il cavallo; scad. 30 apr.

TERRANOVA DI SICILIA (*Caltanissetta*). — Scad. 2 mesi dal 21 feb.; L .8000, oltre c.-v.

VEJANO (*Roma*). — A tutto 12 mag.; L. 10,800 e 5 quadrienni dec.; addizion. L. 4 oltre i 1000 poveri; c.-v. in L. 100 mens.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 10 apr.; serv. entro 15 gg.

ZELOBUONPERSICO (*Milano*). — Scad. 1 mag.; lire 14.700. Chiedere bando.

CONCORSI A PREMI.

Concorso « Lombroso ».

Ripigliando una tradizione interrotta dalla guerra l'Amministrazione dell'« Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale », fondato da Cesare Lombroso, apre un concorso per un lavoro su argomenti di Antropologia Criminale esclusivamente tra tutti i suoi abbonati pel 1927. Il premio è di L. 1000. Ma ove il numero e l'importanza dei lavori presentati lo richiedano l'Amministrazione è disposta ad aggiungere un secondo premio di L. 500.

Il concorso si chiuderà il 31 dicembre 1927 e sarà giudicato dalla direzione dell'« Archivio » coadiuvata, ove sia necessario, da apposita commissione.

I concorrenti potranno trattare qualsiasi argomento di antropologia criminale e in qualsiasi forma: studi anatomici, fisiologici o psicologici, narrazione commentata di casi criminali, biografie di criminali, elaborazione di dati statistici e simili.

I lavori non dovranno superare 3-4 fogli di stampa formato « Archivio ». Il lavoro o i lavori premiati saranno pubblicati nell'« Archivio » e resteranno di proprietà della Casa Bocca. I manoscritti saranno indirizzati alla Direzione dell'« Archivio »; e, ove non siano firmati, verranno contraddistinti da un motto riportato su una busta chiusa in cui sarà incluso il nome dell'autore.

Il premio del concorso pel 1926 fu assegnato al dott. Giulio Tului, direttore delle Carceri Giudiziarie di Sassari.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al concorso per la Clinica delle malattie mentali e nervose presso la R. Università di Sassari sono risultati: 1) Carlo Riquier; 2) Serafino D'Antona; 3) Vito Maria Buscaino.

Al concorso per la cattedra di medicina legale presso la R. Università di Messina sono risultati: 1) Amedeo Dalla Volta; 2) Giorgio Benassi; 3) Giuseppe Falco.

Sono nominati in esito a concorso i seguenti professori: Giorgio Benassi di medicina legale a Cagliari; Amedeo Dalla Volta di medicina legale a Catania; Giuseppe Falco di medicina legale a Messina; Giovanni Morone di patologia chirurgica a Siena; Giovanni Petragnani di igiene e batteriologia a Cagliari; Sabato Visco di fisiologia a Sassari.

Il prof. Carlo Lotti, di patologia e clinica medica propedeutica a Camerino, è trasferito alla cattedra di patologia medica a Cagliari.

LITORA ALIENA.

La Clinica neuro-psichiatrica di Roma.

Il prof. Henrique Roxo, clinico psichiatra dell'Università di Rio de Janeiro, ha visitato le principali cliniche neurologiche e psichiatriche della Francia, Germania, Austria ed Italia, per incarico del suo Governo.

È stato nelle Cliniche dirette da Claude, Bonhoffer, Wagner-Jauregg, Finger, Mingazzini, ecc.

Nella sua relazione ufficiale, presentata al Ministro dell'Interno e della Giustizia, e recentemente pubblicata, il valente psichiatra brasiliano si occupa a lungo dell'organizzazione e del funzionamento della Clinica diretta dal Mingazzini. Ci è grato di riportare alcuni brani più significativi del documento; essi valgono ad attestare in quale alta estimazione sono tenuti alcuni dei nostri Istituti scientifici.

« Situata in via dell'Università, che fa seguito al viale del Policlinico Umberto I, la Clinica comprende tre servizi: osservazioni, psichiatria e neurologia.

« Le osservazioni sono fatte con minuzia straordinaria e sono consegnate in grandi cartelle, che formano un eccellente archivio. V'è un ambulatorio che funziona tre volte a settimana... Si dà molto peso alla profilassi mentale, impiegandovi tutte le attuali risorse per evitare ai soggetti predisposti, o che stanno alle frontiere della follia, un'alienazione futura. Ecco una donna, moglie di un paralitico progressivo, in cui i segni iniziali della paralisi vengono debellati per mezzo della malario-terapia e del neosalvarsan.

« Gli alienati sono allogati in sale ampie... Le installazioni, nelle quali si nota grande nettezza, sotto certi riguardi sono lussuose. Il prof. Mingazzini, coadiuvato da un ottimo personale, esegue costantemente esami di laboratorio, dando speciale valore alla reazione del mastice. Tiene un'enorme collezione isto-patologica e importantissimi pezzi anatomo-patologici.

« Il servizio di neurologia comprende pure ampie sale, con un deposito importantissimo di casi curiosi...

« L'edifizio della Clinica è molto grande; ma vi si affolla un numero enorme di pazienti, tra cui vengono scelti i casi più dimostrativi per l'insegnamento ».

L'A. riferisce poi sulla parte didattica.

Sintetizza così i suoi apprezzamenti:

« In Roma ho trovato *le migliori installazioni* di clinica psichiatrica e ho osservato che l'insegnamento è *molto coscienzioso* ».

***

Ci sia permesso di esprimere al prof. Mingazzini e al suo personale, tutto di prim'ordine, il nostro più vivo compiacimento per questi giudizi, molto lusinghieri, che traggono speciale risalto dai confronti e che si volgono ad onore al nostro Paese.

A. P.

NOTIZIE DIVERSE.

Regolamento sull'igiene del lavoro.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta del ministro della Economia Nazionale, uno schema di R. Decreto che approva il Regolamento generale sulla igiene del lavoro. Questo provvedimento costituisce un nuovo ed importantissimo caposaldo della politica realizzatrice del Governo fascista, per la tutela dell'integrità fisica dei lavoratori, intesa come condizione di benessere delle classi lavoratrici e di miglioramento della nostra razza e delle sue capacità produttive. A tale uopo, il Regolamento, pur tenendo conto delle necessità tecnico-economiche della produzione, sancisce un organico complesso di norme che si estendono a tutte le aziende commerciali, industriali e agricole e che, tra l'altro, fissano le condizioni cui debbono corrispondere gli ambienti di lavoro per capacità, illuminazione e temperatura e dettano norme per i refettorî, per i dormitorî, per le sale di allattamento ed altro.

Consorzi provinciali antitubercolari.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un decreto-legge che rende obbligatori, in tutti i capoluoghi di Provincia, la istituzione e il funzionamento dei Consorzi antitubercolari, e prevede la possibilità di istituire federazioni fra due o più Consorzi.

È resa obbligatoria la partecipazione al Consorzio di tutti i Comuni della Provincia e di tutti gli Enti pubblici; ed è consentita la partecipazione volontaria delle Associazioni sindacali legalmente riconosciute, degli Istituti di Previdenza e di Assicurazione, delle organizzazioni finanziarie commerciali e di associazioni private.

Il decreto stesso proroga di un decennio le disposizioni relative alla concessione di mutui di favore per la costruzione e l'adattamento di sanatorî e tubercolosarî.

Per il risanamento idrico dei Comuni laziali.

Con R. Decreto-legge 19 dicembre u. s. n. 2282 venne disposta la nomina di un commissario speciale con incarico di presentare entro tre mesi concrete proposte per la risoluzione del problema dell'alimentazione idrica dei comuni di Albano, Genzano, Ariccia, Velletri, Frascati, Grottaferrata, Monteporzio, Montecompatri, Rocca di Papa, Lanuvio e Marino. In conseguenza di ciò, il Consiglio dei Ministri ha approvato un provvedimento di massima contenente le direttive per il risanamento igienico dei Comuni anzidetti.

Le sovvenzioni dell'Opera nazionale protezione maternità ed infanzia.

L'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, nel mese di aprile ha sovvenzionato con L. 345,000, Istituti di Assistenza e Ricovero per madri e fanciulli.

A Roma furono concesse L. 50,000 al Comitato romano per la lotta contro la tubercolosi; L. 50 mila alla Colonia Scuola « Regina Elena » per predisposti alla tubercolosi; L. 50,000 all'Opera della prima culla Asilo Nido; L. 25,000 all'Orfanotrofio degli Angeli Custodi; L. 20,000 all'Istituzione Charitas di Porta Metronia; L. 20,000 alla Società di Patronato e Pronto Soccorso per giovani operaie; L. 25,000 all'Asilo Savoia e L. 2000 al corso di puericultura per maestre all'Istituto di S. Gregorio.

All'Istituto fisioterapico di Santa Maria e S. Gallicano in Roma.

Con R. D. 12 dicembre 1926, n. 2272, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 17 gennaio 1927, n. 12, è stato decretato che il personale sanitario dell'Istituto fisioterapico ospitaliero di Santa Maria e di San Gallicano, in Roma, comprenda, oltre ai medici con qualifica di aiuto e di assistente, un medico primario dermosifilografo, con funzioni di direttore, un medico primario radiologo, con funzioni di vice-direttore, e un chirurgo primario. Il medico radiologo e il chirurgo sono nominati dal Ministro per l'Interno, gli aiuti e gli assistenti dal presidente dell'Istituto, su conforme proposta del direttore sanitario.

L'Ospedale Militare di Sant'Ambrogio di Milano all'Università Cattolica.

È stato firmato un contratto, col quale lo Stato cede all'Università Cattolica del Sacro Cuore in Milano l'Ospedale Militare di Sant'Ambrogio. Sono 31,000 mq. di superficie, destinati a diventare la nuova e grandiosa sede di questa nuova libera Università. Il locale era un tempo monastero di benedettini e cistercensi, « laicizzati » dalla Repubblica Cisalpina nel 1789. L'Università Cattolica riunirà chiesa, aule, laboratorî, seminarî, gabinetti scientifici, case per gli insegnanti, pensionato degli studenti, come viene detto in una circolare dell'Università, che dà anche un cenno storico di questo edificio. Il monastero fu fondato nel 784 dall'arcivescovo Pietro; ospitò gl'imperatori Ottone I e II, Barbarossa, i pontefici Innocenzo IV e Gregorio X. Fu abbellito e ampliato nel 1260; e nel 1495 ricostruito completamente su disegni del Bramante e sotto la direzione di Cristoforo Solari nel fulgore della magnificenza sforzesca. Il Petrarca lasciò nelle sue lettere il ricordo dei due campanili basilicali, di cui uno appartiene all'edificio passato alla Università Cattolica.

Le materie scientifiche all'Università Cattolica di Milano.

Le materie scientifiche che, a norma del nuovo Statuto approvato con R. D. 25 novembre 1926, n. 2413, fanno parte degli insegnamenti nelle due Facoltà (giurisprudenza, lettere e filosofia) e scuole annesse, sono: Medicina legale per la laurea in legge; Medicina sociale per la laurea in scienze politiche, economiche e sociali; Biologia e Psico-

logia nella Facoltà di Lettere e Filosofia, con insegnamenti particolareggiati nelle scuole di perfezionamento delle seguenti discipline: Biologia generale, Anatomia e Fisiologia comparate; Psicologia generale, Psicologia dei popoli; Psicologia del fanciullo; Psicologia applicata; Fonetica sperimentale.

III Congresso della Società Italiana di Medicina Legale.

Si adunerà a Firenze dal 30 maggio al 1° giugno. Ne daremo più ampia notizia nel prossimo numero. Per informazioni e adesioni rivolgersi al segretario-cassiere dott. Augusto Antonini, R. Istituto di Medicina Legale, via Alfani 33, Firenze.

Per gli orfani di guerra tubercolotici a Bologna.

Ad iniziativa del rev. Antonio Bettoni, che ha già provveduto a varie opere assistenziali per gli orfani di guerra in Bologna, è stato costruito ora un padiglione per il ricovero e la cura degli orfani di guerra tubercolotici. Il padiglione, grande e igienico, in legname e muratura, tipo Docker, è stato eretto interamente a spese del dott. Atalo Muggia ed è annesso alla di lui casa di cura « Villa Bianca » fuori di porta Mazzini; il Muggia offre anche l'assistenza gratuita e l'eventuale ricovero in ospedale. Un apposito comitato si limita a sostenere le spese per il vitto. All'inaugurazione del padiglione intervennero le autorità cittadine.

Visita dei medici militari agli istituti antitubercolari della C. R. I.

I medici militari, che frequentano il corso di tisiologia, istituito dal Ministero della Guerra presso il Sanatorio militare di Anzio, hanno visitato con la guida del direttore del Sanatorio dott. F. Bocchetti e del maggiore dott. Rinaldi, gli Istituti antitubercolari, che la Croce Rossa Italiana ha in Roma. Furono prima nel Preventorio per Lattanti E. Maraini insieme col dott. C. Benedetti, direttore del Dispensario antitubercolare municipale, e poi nel Sanatorio « Cesare Battisti », esaminando minutamente tutti gl'impianti ed i servizi e rendendosi conto del loro funzionamento. Nel Sanatorio visitarono anche il nuovo padiglione per bambini con tubercolosi polmonare, il primo istituto del genere che sorga in Italia, per offerta generosa delle famiglie dei due compianti presidenti dell'Associazione on. Conte della Somaglia ed on. Conte Frascara.

Corso di perfezionamento professionale in Tisiologia.

L'Associazione Fascista tra gli Istituti privati di cura del Lazio, accogliendo l'invito rivolto dal Capo del Governo Nazionale alle organizzazioni sindacali per l'incremento delle opere assistenziali, istituisce nella sede e sotto gli auspici della Unione Industriale Fascista del Lazio, un corso di specializzazione in tisiologia per medici e studenti laureandi in medicina e chirurgia, da noi già annunziato.

Il corso ha inizio nella seconda metà del corrente mese di aprile e avrà la durata di mesi due. Esso comprenderà le seguenti materie: 1) Diagnostica della tubercolosi (prof. Gaetano Laurenti); 2) Terapia della tubercolosi (prof. Achille Angelini); 3) Anatomia patologica della tubercolosi (prof. Alessio Nazari); 4) Radiologia della tubercolosi (prof. Filippo Saraceni); 5) Tubercolosi chirurgica (prof. Vincenzo Nicoletti); 6) Profilassi della tubercolosi (prof. Felice Lo Bianco); 7) Organizzazione sanatoriale e dispensariale (professor Guido Mendes).

Le lezioni teoriche saranno tenute nella sede dell'Unione Industriale Fascista del Lazio, in Roma, via Cesare Battisti 121 (palazzo Assicurazioni Generali); le lezioni pratiche si svolgeranno invece nel Sanatorio Umberto I, negli Ospedali di Roma e nell'Istituto Climatico Cesare Battisti della Croce Rossa Italiana. I docenti cureranno inoltre delle gite istruttive nei principali istituti di cura e di profilassi per la tubercolosi esistenti in Roma e nel Lazio.

Il corso sarà completamente gratuito; gli iscritti dovranno soltanto versare alla Segreteria della Associazione una tassa di ammissione di L. 50. Alla fine del corso agli iscritti sarà rilasciato un regolare certificato di frequenza.

Corso speciale di Idrologia e Crenoterapia.

Presso la R. Università di Parma avrà luogo un corso speciale di idrologia e crenoterapia sotto la direzione del prof. U. Gabbi.

Parte teorica: Idrologia medica (prof. Ponticaccia); Chimica delle acque termali (dott. D. Campanacci); Azione farmacologica delle acque termali (prof. Chistoni); Idroterapia e crenoterapia (nozioni generali) (prof. U. Gabbi); Idroterapia e crenoterapia delle malattie interne (prof. U. Gabbi); Idroterapia e crenoterapia delle malattie chirurgiche (prof. A. Ferrari); Idroterapia e crenoterapia delle malattie ginecologiche (prof. Acconci); Idrologia e crenoterapia delle malattie della pelle ecc. (prof. M. Pelagatti); Idrologia e crenoterapia delle malattie dei bambini (prof. O. Cozzolino); Idrologia e crenoterapia delle malattie nervose (prof. L. Roncoroni); Igiene delle stazioni termali (prof. Piras). Le lezioni teoriche del corso speciale di idro e crenoterapia saranno tenute dal 24 aprile al 6 maggio presso gli Istituti e le Cliniche dell'Università. Il corso pratico sarà tenuto nella stazione termale di Salsomaggiore durante il mese di luglio in giorni che verranno a ciò destinati.

La domanda d'iscrizione al corso sarà inoltrata al segretario dell'Università in carta da bollo da L. 2. La tassa d'iscrizione è di L. 25: quella del certificato del corso compiuto è di L. 100. Il certificato non sarà ottenuto che dopo la prova d'esame. Il periodo utile di iscrizione si chiude al 24 aprile.

Per una cattedra sulle malattie esotiche e tropicali.

Il prof. Umberto Gabbi ha raccomandato al Ministero della P. I. l'istituzione di una cattedra per le malattie esotiche e tropicali.

Ricordiamo a questo proposito che a Bologna funziona da qualche anno una Scuola di medicina coloniale e che a Napoli viene affidato da più anni l'incarico dell'insegnamento della patologia esotica a un libero docente; con voto del 29 gennaio u. s. la Facoltà medica di Napoli ha anche sollecitato dal Governo la concessione di una nave per impiantarvi un ospedale e un laboratorio scientifico per le malattie esotiche.

Tutto ciò comprova come l'insegnamento della patologia esotica risponda a un bisogno sentito.

Donazioni all'Università di Filadelfia.

A un pranzo degli alunni dell'Università di Pennsilvania in Filadelfia il presidente dell'Università, Josiah H. Penniman, professore di letteratura inglese, annunziò che la Carnegie Corporation aveva donato 250,000 dollari per promuovere le ricerche mediche e il sig. Charles H. Ludington 25,000 dollari all' Istituto Henry Phipps per gli studi sulla tubercolosi.

La biblioteca dell'Accademia Medica di New York.

La biblioteca dell'Accademia Medica di New York conta 143,000 volumi e riceve 912 periodici. Oltre che ai soci dell'Accademia, essa è aperta a qualsiasi medico dalle 9 alle 14 (su richiesta tale orario può essere esteso) ed agli studenti di medicina dalle 9 alle 10.30 (dietro garenzia del decano); i frequentatori hanno tutti i diritti dei soci dell'Accademia, meno il prestito, il quale però viene concesso in seguito a un deposito, che rende « soci della biblioteca ». Questa dispone di sette sale di studio, che possono essere allogate ai soci, al prezzo di doll. 15 mensili.

II Conferenza Orientale della Croce Rossa.

Ebbe luogo sulla fine dello scorso anno, con l'intervento di oltre 200 delegati. Furono approvati dei voti per la propaganda igienica nei distretti meno inciviliti, per la lotta contro le malattie cutanee, per la protezione dell'infanzia contro la tubercolosi mediante il riconoscimento nella prima età e prevenendo i contagi.

Il Governo degli Stati Uniti ha bisogno di medici.

La Commissione per i Servizi Civili degli Stati Uniti ha annunziato che sono vacanti molti posti nei servizi della Sanità pubblica e nei servizi sanitari del Canale di Panama, dell'Ufficio Veterani, dell'Ufficio geodetico e costiero, ecc. Si richiedono in modo speciale medici qualificati in neuro-psichiatria e tisiologia. I servizi federali fanno insistenti richieste di sanitarî specializzati; ma i candidati raramente rispondono ad un minimo di requisiti. Le domande verranno accettate fino al 30 giugno prossimo. Non si terrà nessun conto dei titoli scolastici, ma solo di quelli che dimostrino coltura post-scolastica, esperienza pratica ed allenamento alla professione.

Tirosina sintetica.

Come abbiamo già annunziato, la tirosina — ormone della tiroide, isolato nel 1917 da Kendall nella Clinica Mayo — è stata ottenuta sinteticamente dal dott. C. R. Harington e dal prof. George Barger nei laboratorî dell'Università di Londra, per mezzo di derivati del catrame e di iodio. La scoperta è stata resa possibile dalla donazione di oltre 6 milioni di dollari, equivalenti a oltre 120 milioni di lire it., fatta dalla Fondazione Rockefeller alla Scuola Medica Universitaria di Londra. Essa avrà il risultato pratico di far allestire preparati puri, perciò perfettamente dosabili e di far abbassare considerevolmente il prezzo del rimedio.

In memoria di Vulpian.

Un gruppo di biologi e di neurologi, desiderosi di celebrare il centenario della nascita di Vulpian — il quale si compì nel 1926 — hanno deciso di farlo in occasione delle loro riunioni annue del 1927: la Riunione plenaria della « Societé de Biologie » e delle sue Filiali e la VIII Riunione Neurologica internazionale, che sono indette a Parigi dal 27 maggio al 2 giugno 1927.

Le cerimonie commemorative del centenario della nascita di Vulpian coincideranno anche con quelle per la morte di Pinel, organizzate dalla « Societé médico-psychologique » e di cui demmo già notizia.

Il comitato promotore è presieduto da Henneguy, presidente della « Société de Biologie »; ne è segretario generale il Dr. Crouzon, segretario generale della « Société de Neurologie ».

L'adesione alle cerimonie commemorative non comporta nessuna quota; l'organizzazione è assicurata da sovvenzioni e sottoscrizioni spontanee; se le somme raccolte lo consentiranno, verrà anche impressa e distribuita una targhetta commemorativa di Vulpian.

Preghiera d'indirizzare le adesioni e ogni corrispondenza al Dr. Crouzon, Hospice de la Salpêtrière, 47, Boulevard de l'Hôpital, Paris XIII^e^.

Il prof. Morax.

Alla fine dello scorso anno il prof. Morax, l'oftalmologo dell'Hôpital Larbosière di Parigi, ha lasciato l'insegnamento per avere raggiunto i limiti d'età. Il Morax è nato in Svizzera; i suoi studî di laboratorio, la sua tecnica chirurgica e le sue numerosissime pubblicazioni, ne hanno fatto uno degli oftalmologi più reputati.

Eroismo.

Su proposta del Ministro del Lavoro e dell'Igiene si è avuta in Francia la seguente citazione all'ordine della Nazione:

« Il Governo porta a conoscenza del Paese la bella condotta della signora Catherine Kloster, in religione suora Glassinde, infermiera religiosa all'Ospedale Sainte-Blandine a Metz: incaricata da 25 anni dei servizî radiologici di questo Ospedale, non ha mai cessato di dar prova della più grande abnegazione. È morta vittima del dovere dopo aver subito l'amputazione del braccio destro ».

Vittima dell'inoculazione accidentale di un tumore maligno.

Abbiamo già dato notizia (n. 13, p. 477) della inoculazione accidentale di un tumore maligno alla mano di uno studente in medicina, Henri Vadon. Questi si era poi laureato e prestava servizio all'Ospedale Broussais, ove continuò a disimpegnare i suoi compiti anche dopo l'amputazione dell'arto superiore sinistro.

Apprendiamo ora che egli è venuto a morte, in seguito alle riproduzioni del tumore, il quale ha sfidato ogni intervento.

Un appello.

Il dott. Alfonso Fusco di Romanengo (Cremona) si propone di raccogliere e pubblicare in un libro i nomi e le memorie delle vittime e degli eroi della classe: medici infettatisi in laboratorio, contagiatisi nel curare un difterico o un vaiuoloso, caduti sul campo del dovere o vittime della maggiore tra le miserie, l'ingratitudine umana.

Paolo Tesio, Carlo Parenti, Amerigo de Murtas, Alessandro Lanfranchi, Giovanni Bergonié, sono grandi senza dubbio, e la stampa e le autorità ufficiali ne hanno tessuto gli elogi e ne hanno esaltato il sacrifizio. Ma vi sono cime alpestri, vallate profonde, pianure esalanti malaria, casolari spersi, corsie d'ospedali in cui spesso solitaria si è spenta l'eco della vittima morente, « eroe del dovere ». Il suo eroismo o soffocato dalla gretta apatia di amministratori incoscenti, o affievolito dalla lontananza dai centri di attività, è arrivato appena all'orecchio di qualche collega, sperso anche lui in qualche cantuccio: poi si è spenta. Per questo il dott. Fusco si rivolge ai colleghi, affinchè ciascuno frughi tra i suoi ricordi, richiami alla memoria le reminiscenze di vecchi compagni di lavoro, pallidi ed esausti, caduti sul campo del dovere, quasi ignoti. Sarà grato a chi vorrà comunicargli il suo contributo, ricordando nomi, precisando date, narrando fatti, inviandogli possibilmente stampe, memorie, giornali.

Rivista di Malariologia

Periodico bimestrale diretto dal prof. sen. **G. Sanarelli**, con la cooperazione d'insigni studiosi.
Redattore-capo: Dott. **L. Verney.**

SOMMARIO del fasc. 1° (gennaio-febbraio 1927).

Contributi originali: A. MISSIROLI: I tubuli del Malpighi nell'« Anopheles claviger » (1 tav. e 2 fig.). — A. DE BUCK, B. SCHOUTE e N. H. SWELLENGREBEL: Recherches sur l'anophélisme sans paludisme aux environs d'Amsterdam (1 carta). — G. MEMMI e W. SCHULEMANN: Sulla plasmochina, derivato sintetico della chinolina, rimedio antimalarico (1 tav. a colori e 20 grafiche). — P. SEPULCRI: La valle Brian; contributo allo studio igienico dell'ambiente palustre litoraneo (1 carta e 6 fig.). — V. VALLE: L'imboschimento delle dune considerato nei suoi rapporti con la necessità di risanamento dalla malaria. — **Relazioni**: F. ROCCO e D. LACAVA: Per la costituzione degli Istituti (meridionale, siciliano, sardo) di bonifica igienica. — **Recensioni**: Malarizzazione terapeutica. — Miscellanea. — **Rivista bibliografica**. — **Notizie**. — **Sommari**.

Questo fascicolo, di circa pagine 200, contiene la recensione di 150 lavori recenti sulla malarioterapia della paralisi progressiva. Il prossimo fascicolo recensirà i lavori sulla malarioterapia della tabe dorsale, della sifilide secondaria latente e di altre forme morbose.

Abbonamento annuo alla « Rivista di Malariologia »: Italia L. **40**, Estero L. **75**: per i nostri abbonati L. **35** e **65** rispettivamente; un numero separato, Italia L. **10**, Estero L. **15**. — Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14 - Roma.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Rammentiamo ai nostri abbonati, l'interessantissimo libro del

DOTT. PROF. FRANCESCO VALAGUSSA

MEDICO DELLA FAMIGLIA REALE - DIRETTORE E PRIMARIO DEL PREVENTORIO PER LATTANTI « E. MARAINI »
MEDICO PRIMARIO NELL'OSPEDALE INFANTILE « BAMBINO GESÙ » - DOCENTE DI CLINICA PEDIATRICA NELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA

Consultazioni di CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata, con prefazione di AUGUSTO MURRI

Ecco come si è espresso l'insigne clinico di Bologna:

« Queste *Consultazioni* recano in fronte la propria commendatizia. Un libro di « medicina, che in Italia si ristampa per la terza volta, è un fatto sì raro, che par « singolare. Basta già questo, perchè i medici italiani si invoglino di leggere. Ed ecco « già un bel merito del chiarissimo prof. VALAGUSSA, perchè un libro, che mira a dif- « fondere conoscenze utili per i malati, varrebbe sempre poco se non si facesse leggere « e rileggere. Tali *Consultazioni*, infatti, sono esposte per modo, che non solo non « affaticano e non annoiano, ma destano la più viva attenzione ed eccitano il più « sano interesse.

« Convengo che questo è frutto in parte dell'argomento, poichè *lo studio dell'Igiene « e della Patologia infantile è salito oggi in tanto onore, che nessun medico può più « credersi esente dal dovere di occuparsene seriamente.* Ma l'attrattiva maggiore na- « sce dall'importanza dei temi discussi dal prof. VALAGUSSA, dalla varietà loro e dalla « persuasione profonda, che leggendo si acquista, che l'Autore non ha messo insieme « delle pagine lette ed acconciate a nuovo con la propria vernice. Egli ha lungamente « osservato e meditato prima di scrivere per insegnare agli altri e questi si accorgono « subito, che chi li guida è di fede degnissimo. C'è di più: il sapere diffuso in queste « pagine dal prof. VALAGUSSA è in larga misura attinto dall'osservazione clinica sua « propria: perciò esso è il più spesso d'immediata applicazione. La mente del lettore « s'arricchisce di tante conoscenze particolari e in sì gran numero di argomenti, che « non sarebbe possibile che una mente nutrita da sì fatto alimento non dovesse poi « esercitarsi con largo profitto nella pratica. È dunque da attendersi che anche questa « terza edizione delle ottime *Consultazioni* del prof. VALAGUSSA non solo procaccerà « a lui viva riconoscenza dai pratici, ma saranno presto seguìte da una quarta ri- « stampa ».

AUGUSTO MURRI.

SOMMARIO DEL VOLUME:

Prefazione dell'A. - Prefazione di A. MURRI - TOSSINFEZIONI ACUTE E CRONICHE - Morbillo - Malattia di Dukes o Quarto esantema - Varicella - Scarlattina - Pertosse - Difterite - Meningiti purulente - Infezioni tifose e paratifose Broncopolmoniti - Polmonite crupale - Peritonite diplococcica - Infezioni settiche delle vie urinarie da « Bact Coli » - Poliomielite anteriore acuta - Tubercolosi - Meningite tubercolare - Rachitismo - Spasmofilia e tetania - MALARIA - NEFRITI ACUTE - STOMATITI - MALATTIE DEL TUBO GASTRO-INTESTINALE - Malattie della nutrizione - QUESTIONI DI DIETETICA INFANTILE: Alimentazione ed economia alimentare - Carenza alimentare ed anemia alimentare nel lattante - Alimentazione infantile e farine brevettate italiane - Latti condensati e latti in polvere - Tabelle dietetiche per bambini sani ed ammalati - Su di una Sala di allattamento infantile. — CARDIOPATIE CONGENITE. CISTI DA ECHINOCOCCO. — MORBO MACULOSO DI WERLHOF. — TROMBOSI DEI SENI CEREBRALI. — SU DI ALCUNE QUESTIONI DI TERAPIA INFANTILE: Considerazioni sulla cura dell'eresipela - Elioterapia - Vaccinazioni alla Wright e vaccinoterapia: Preparazione e dosaggio degli autovaccini; Antigenoterapia paraspecifica; Antigenoterapia aspecifica con peptoalbumose - **Terapia medicamentosa - Medicamenti principali e posologia di essi - Indice.**

Riportiamo il giudizio che su questo volume, il Chiar.mo Prof. Carlo Comba ha consacrato nella sua RIVISTA DI CLINICA PEDIATRICA:

« Il libro del distinto pediatra romano è arrivato in pochi anni alla sua 3ª edizione. Come dice il **Murri** nella « bella prefazione, basta già questo perchè i medici italiani si invoglino di leggerlo.

« Non è un Trattato e neppure una arida esposizione di fatti già noti. Il Valagussa prende argomento dai diversi « capitoli sopra malattie infettive, sopra sindromi dell'apparato digerente, del sistema nervoso, ecc., e sopra l'alimen- « tazione del bambino e sopra la terapia, per esporre in forma chiara non solo le questioni più moderne della pato- « logia, della dietetica e della cura delle malattie infantili, ma eziandio i risultati di una larga esperienza personale, « dando alla sua esposizione sapore di originalità.

« È certo che gli studiosi delle malattie dei bambini (non soltanto i medici, ma anche gli studenti colti) leg- « geranno con piacere e con profitto il libro del prof. Valagussa, acquistando utili ammaestramenti per la loro « cultura e per l'esrecizio professionale.

« Questa interessante pubblicazione è stata particolarmente curata dalla Casa Editrice, che le ha dato una « bella veste tipografica e l'ha ornata di numerose figure intercalate nel testo ».

Un volume in 8° di pag. VIII-496, nitidamente stampato su carta distinta, con 42 figure intercalate nel testo e finissima *quatricromia* sulla copertina L. **36.** Per i nostri abbonati sole L. **32.50** in porto franco.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo « **per l'Ufficio postale Succ. diciotto** », **ROMA.**
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) **basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.**

ANNO XXXIV Roma, 25 Aprile 1927 Fasc. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

SANATORIO GUARDAVAL-DAVOS
Medico-direttore: Dott. G. MAURER.

Sul valore pratico dell'enzimoreazione nella tubercolosi polmonare

per il dott. GIUSTO LUZZATTO-FEGIZ, assistente.

Nella storia della ricerca dei fermenti specifici nel sangue a scopo diagnostico, possiamo essenzialmente distinguere tre periodi. Il primo è caratterizzato dalle ricerche originali di Abderhalden e dal suo metodo del riconoscimento dei prodotti di digestione della molecola albuminoidea dell'antigene, per mezzo della dialisi. Il secondo periodo porta l'impronta degli studi di Hirsch il quale ricerca i corpi di scissione proteica mediante l'interferometro. Il terzo periodo, porta un rivolgimento nel campo dei fermenti specifici, in quanto che per opera di AA. italiani, fra i quali principalmente Sivori, il problema viene impostato su altre basi e sconvolto grazie alla scoperta della proprietà della molecola albuminoidea di conservare la sua specificità fino allo stato di aminoacido. Se vi sono ancora degli AA. che lavorano secondo i metodi di Abderhalden e di Hirsch, possiamo ben dire che l'attenzione e l'interesse maggiori sono rivolti alla enzimoreazione che è appunto la reazione tra il siero che contiene i fermenti specifici, e l'antigene precedentemente scisso fino allo stadio di ultra-peptone. L'E. R. fu uno dei temi di discussione al recente congresso di Medicina Interna svoltosi a Padova. Ricordo di sfuggita che l'E. R. è stata elaborata per le più diverse malattie. Io mi occuperò esclusivamente e brevemente dei risultati che essa ci può fornire nella clinica della tbc. polmonare.

Sull'argomento esiste già una copiosa letteratura; io però mi limito all'esposizione succinta dei risultati delle mie ricerche, premettendo come noti i lavori di Sivori, Rebaudi, Menniti, riguardanti le basi teoriche della reazione, e rimandando a questi i lettori che non fossero a conoscenza dei nuovi concetti riguardanti la ricerca dei fermenti specifici a scopi diagnostici. (Vedi una rivista sintetica dei lavori più recenti sulla E. R. pubblicata da Rebaudi). Così pure tralascio di esporre la tecnica essendo cosa ormai nota. Ricordo soltanto che ultimamente è stata proposta come più semplice una tecnica a fred-

do, nella quale cioè anzichè prelevare dal mestruo 1 cm. cub. di liquido, trattarlo con la Ninidrin, diluirlo con l'acqua distillata e bollirlo, si aggiunge direttamente al siero l'antigene, la quantità necessaria di Ninidrin e si legge dopo 24 ore.

Il vantaggio principale di questa nuova tecnica sarebbe, oltre alla minore perdita di tempo il fatto che viene tralasciata l'ebollizione, la quale può rendere nullo il risultato della reazione qualora, come spesso avviene, il liquido sorte dalla provetta. Non essendo a mia conoscenza la tecnica a freddo allorquando cominciai a praticare le E. R. ho eseguito tutti gli esami col vecchio metodo a caldo il quale in realtà mi si è rivelato poco pratico per gli svantaggi uniti al processo di ebollizione. Si può rimediare a questo inconveniente adoperando, (cosa che io ho fatto con vantaggio) delle provette con rigonfiamento a metà altezza, ciò che permette una ebollizione prolungata e continua del liquido senza il pericolo che questo esca dal recipiente. Del resto i risultati della tecnica a caldo ed a freddo sarebbero gli stessi.

La lettura delle reazioni fu fatta senza colorimetro, bensì con una scala colorata; necessariamente però tali gradazioni non sono molto sensibili per cui non credo si possa dare valore (per la prognosi) a differenze di colore tra due reazioni fatte a distanza di tempo, che non siano molto evidenti. Un fatto che va tenuto in gran conto perchè influisce sull'intensità della tinta del liquido della prima provetta, è il grado di alcalinità dell'antigene. Questo deve essere sempre eguale per tutte le prove (possibilmente alcalinità molto debole). In caso contrario i risultati sono malsicuri e non si possono confrontare tra di loro. Per il resto mi sono attenuto scrupolosamente alla tecnica originale.

Le reazioni furono considerate:

negative (-); a colorazione perfettamente eguale delle provette di reazione e di controllo;

dubbie (?); a differenza poco evidente tra prima e seconda provetta;

debolmente positive (+);

positive (+ +);

fortemente positive (+ + +).

Nella sottostante tabella ho raccolto i casi da me esaminati. Onde poter avere un'idea del grado di attività del processo e quindi dello stato di difesa organica del soggetto, ho aggiunto, accanto ad ogni E. R., la diagnosi di attività corrispondente all'epoca dell'esame del sangue. Le lesioni furono distinte in: progredienti-attive-poco attive-inattive.

I GRUPPO: *Tubercolosi polmonare.*

N.	Nome	Enzimoreazioni		
1	Sch.	5-I-1926 (attiva) E. R. +	5-II-1926 (attiva) E. R. +	10-III-1926 (poco attiva) E. R. ? 3-V-1926 (attiva) E. R. +
2	Ch.	17-XII-1926 (attiva) E. R. +	30-III-1926 (poco attiva) E. R. ++	13-VIII-1926 (poco attiva) E. R. —
3	Ke	7-XII-1925 (attiva) E. R. ?	23-III-1926 (poco attiva) E. R. +	9-VII-1926 (poco attiva) E. R. +
4	Ma.	5-I-1926 (inattiva) E. R. ?	26-III-1926 (attiva) E. R. ++	19-VII-1926 (poco attiva) E. R. —
5	Ku.	7-I-1926 (attiva) E..R. +	27-III-1926 (poco attiva) E. R. +	9-VII-1926 (poco attiva) E. R. ++
6	Os.	28-XII-1925 (attiva) E. R. ?	24-III-1926 (attiva) E. R. ++	19-VII-1926 (poco attiva) E. R. +
7	Lu.	2-VIII-1925 (inattiva) E. R. —	17-III-1926 (inattiva) E. R. +	5-VIII-1926 (inattiva) E. R. —
8	St.	20-III-1926 (poco attiva) E. R. ++		9-VII-1926 (inattiva) E. R. ++
9	Mo.	20-III-1926 (poco attiva) E. R. ++		9-VII-1926 (poco attiva) E. R. ++
10	Fe.	14-II-1926 (progrediente) E. R. +++		24-VII-1926 (attiva) E. R. ++
11	Cl.	23-II-1925 (poco attiva) E. R. ++		20-III-1926 (poco attiva) E. R. ++
12	Me.	10-IX-1925 (attiva) E. R. ++		17-III-1926 (poco attiva) E. R. ++
13	Le.	21-I-1926 (progrediente) E. R. ++		2-IV-1926 (progrediente) E. R. ++
14	Al.	17-I-1926 (poco attiva) E. R. —		30-III-1926 (inattiva) E. R. —
15	We.	7-I-1926 (inattiva) E. R. ++		26-III-1926 (inattiva) E. R. ++
16	Fa.	14-II-1926 (attiva) E. R. +		3-V-1926 (inattiva) E. R. ?
17	Sa.	14-II-1926 (poco attiva) E. R. +		3-V-1926 (inattiva) E. R. ++
18	Bae.	17-II-1926 (poco attiva) E. R. —		29-VII-1926 (inattiva) E. R. ++
19	Ka.	19-II-1926 (progrediente) E. R. —		29-VI-1926 (poco attiva) E. R. +
20	Ra.	7-III-1926 (progrediente) E. R. —		28-VI-1926 (attiva) E. R..—
21	So.	7-III-1926 (poco attiva) E. R. ++		28-VI-1926 (inattiva) E. R. ++
22	Hu.	10-III-1926 (attiva) E. R. —		5-IV-1926 (poco attiva) E. R. ++
23	Gol.	14-III-1926 (progrediente) E R. ++		5-VII-1926 (poco attiva) E. R. ++

N.	Nome	Enzimoreazioni	
24	Goe.	17-III-1926 (attiva) E. R. ++	5-VII-1926 (attiva) E. R. ++
25	La.	26-III-1926 (poco attiva) E. R. +++	3-V-1926 (inattiva) E. R. ++
26	Co.	2-IV-1926 (attiva) E. R. ++	5-VIII-1926 (inattiva) E. R. ++
27	Be.	5-IV-1926 (attiva) E. R. +	13-VIII-1926 (attiva) E. R. —
28	Va.	14-IV-1926 (progrediente) E. R. ++	19-VII-1926 (attiva) E. R. ++
29	Za.	10-V-1926 (attiva) E. R. +	29-VII-1926 (poco attiva) E. R. ++
30	Bo.	8-XII-1925 (attiva) E. R. ?	27-III-1926 (poco attiva) E. R. +++
31	Te.	21-I-1926 (progrediente) E. R. ?	5-IV-1926 (progrediente) E. R. +
32	Mar.	24-I-1926 (attiva) E. R. ?	26-IV-1926 (inattiva) E. R. ++
33	Ba.	27-I-1926 (progrediente) E. R. ?	5-IV-1926 (progrediente) E. R. +
34	Ol.	1-II-1926 (attiva) E. R. +	14-IV-1926 (attiva) E. R. +
35	Gor.	3-II-1926 (inattiva) E. R. +	14-IV-1926 (inattiva) E. R. +++
36	Ber.	5-II-1926 (poco attiva) E. R. +	7-IV-1926 (inattiva) E. R. +++
37	Ve.	10-II-1926 (poco attiva) E. R. ?	19-VII-1926 (poco attiva) E. R. +++
38	As.	11-II-1926 (attiva) E. R. —	5-VIII-1926 (attiva) E. R. —
39	Jo.	11-II-1926 (poco attiva) E. R. —	23-III-1926 (inattiva) E. R. —
40	Zam.	27-III-1926 (attiva) E. R. +++	
41	Cla.	17-II-1925 (inattiva) E. R. +++	
42	Ru.	10-XII-1925 (progrediente) E. R. ++	
43	Ra.	24-III-1926 (inattiva) E. R. ++	
44	We.	20-XII-1925 (attiva) E. R. ++	
45	Ha.	1-II-1926 (attiva) E. R. +	
46	Se.	3-II-1926 (poco attiva) E. R. —	
47	Il.	10-II-1926 (poco attiva) E. R. +	

N.	Nome	Enzimoreazioni
48	M. L.	5-VII-1926 (inattiva) E. R. ++
49	Pe.	3-V-1926 (progrediente) E. R. ++
50	Fa.	19-II-1926 (progrediente) E. R. +
51	Br.	7-III-1926 (inattiva) E. R. ++
52	Sc.	14-III-1926 (inattiva) E. R. ++
53	Bl.	23-III-1926 (poco attiva) E. R. ++
54	Mo.	27-III-1926 (inattiva) E. R. +++
55	Wel.	30-III-1926 (attiva) E. R. +++
56	Gr.	8-IV-1926 (poco attiva) E. R. ++
57	Kl.	8-IV-1926 (inattiva) E. R. ++
58	K. L.	29-VII-1926 (inattiva) E. R. ++

II GRUPPO: *Affezioni non tubercolari.*

N. 59. G. (Amebiasi) . . . . E. R. —
» 60. Re. (Anemia) . . . . E. R. —
» 61. Fa. (Esiti di pleuro-polmonite) E. R. —

III GRUPPO: *Soggetti sani.*

N. 62. St. . . . . E. R. —
» 63. Hu. . . . . E. R. —
» 64. Em. . . . . E. R. +
» 65. Ga. . . . . E. R. —
» 66. L. F. . . . . E. R. +++
» 67. Th. . . . . E. R. —
» 68. Io. . . . . E. R. —

Secondo gli AA. che l'hanno proposta, l'enzimoreazione avrebbe le seguenti proprietà:

1) Essa sarebbe strettamente specifica, e quindi positiva in tutte le forme tubercolari certe; nelle persone sane e nelle affezioni non tubercolari sarebbe sempre negativa.

2) La reazione sarebbe in diretto rapporto col grado di resistenza dell'organismo verso l'infezione tubercolare; e cioè tanto più intensa (colorazione violetta tanto più scura), quanto migliori

sono le condizioni nelle quali l'organismo lotta contro la malattia. A prova di ciò starebbe il fatto che durante la cura gli ammalati presentano, parallelamente al miglioramento clinico, un aumento dei fermenti specifici e quindi una E. R. più intensa.

Dall'esame della tabella (68 casi, 115 reazioni) vediamo anzitutto che nei soggetti affetti da tubercolosi, l'E. R. è stata positiva nel 91.4 % dei casi. Negli altri 8.6 % essa è stata completamente e ripetutamente negativa.

I casi che reagirono negativamente furono i seguenti:

N. 14. Sig.na A. Tbc. prevalentemente proliferativa, aperta dei due apici. Tbc. laringea guarita. Lesioni poco attive nonostante la presenza di bacilli nell'espettorato. Stato generale buono.

N. 20. Signor R. Tbc. essudativo-proliferativa aperta di tutti e due i polmoni; escavazione nel lobo sup. sin. Tbc. intestinale; lesioni attive con temp. subfebbrili; stato generale molto scadente.

N. 46. Signor S. Tbc. proliferativa aperta dei due apici con piccola escavazione a destra. Lesioni attive con temp. normale. Condizioni generali buone.

N. 38. Signora A. Tbc. preval. proliferativa del polmone sin. e del lobo sup. destro. 3 caverne a sin. Temp. subfebbrili; stato generale ottimo; frenico-exeresi sin.

N. 39. Signor J. Tbc. essudativo-proliferativa aperta del polmone destro con due escavazioni; focolai fibrosi sparsi nel polmone sin.; pneumotorace incompleto; temp. subfebbrili; stato generale discreto.

Il rapporto tra intensità della reazione e grado di resistenza dell'organismo, che secondo gli AA che l'hanno proposta sarebbe costante, si è dimostrato nei miei casi tutt'altro che tale. Premetto che in mancanza di un colorimetro mi sono servito di una scala colorimetrica, la quale però non mi permise di distinguere più di 4 gradazioni nell'intensità della colorazione violetta della provetta di reazione (?-+-++-+++).

Accanto ai casi nei quali effettivamente l'intensità della reazione corrispondeva alle condizioni di resistenza organica del malato, ve ne furono non pochi nei quali tale rapporto si dimostrò invertito. Così ebbi pazienti con forme fibrose, inattive, in ottime condizioni generali, con E. R. debole o addirittura debolissima (V. casi: NN. 7-16-35-47); e viceversa in alcune forme avanzate in completo scompenso organico, l'E. R. si mostrò fortemente positiva (V. casi NN. 10-13-40).

Parimenti non potei osservare un aumento d'intensità della reazione in molti casi nei quali i sintomi obbiettivi e subbiettivi nonchè altre reazioni di laboratorio (sopratutto la reazione di sedimentazione delle emazie), palesavano un miglioramento indiscutibile delle condizioni del malato. (V. casi NN. 6-10-16 23-25).

Oltre ai casi di tubercolosi polmonare, ho avuto occasione di ricercare la E. R. in 7 individui sani ed in 3 affetti da malattie non tubercolari. Di questi 10 soggetti, 8 presentarono una reazione completamente negativa, mentre due, clinicamente sani, ebbero una E. R. positiva.

Nel primo caso si trattava di un inserviente del Sanatorio, che al più accurato esame obbiettivo completato da quello radiologico, non presentava assolutamente nulla di patologico ed era stato sempre sano. L'E. R. fu debolmente positiva.

Il secondo caso fu esaminato con altrettanta cura senza che fosse possibile di ritrovare alcunchè di patologico. La radiografia del torace eseguita con raggi molto molli, mostrò un parenchima perfettamente normale; ciononostante l'E. R. fu fortemente positiva.

*
* *

Riassumendo brevemente il risultato delle mie ricerche e le conclusioni pratiche che da esse scaturiscono, posso dire quanto segue: E. R. positiva fu trovata nella gran maggioranza dei pazienti affetti da tbc. polmonare clinicamente certa; reazione negativa nell'8.6 % degli stessi. Questo gruppo è costituito da due casi di tbc. polmonare poco estesa, a prognosi benigna, nonostante la persistenza di segni di attività nei pazienti in questione; e da tre casi di tbc. grave ed estesa con prognosi dubbia o addirittura infausta. In tutti questi infermi vi erano dei bacilli nello sputo. Dunque, per ciò che concerne il valore diagnostico della reazione, possiamo subito dire che una E. R. negativa non può assolutamente da sola bastare per escludere l'esistenza di una tubercolosi polmonare. Ma molto di più che questi casi a reazione negativa in individui clinicamente riconosciuti come tubercolosi, valgono ad infirmare il valore diagnostico della reazione, i due casi positivi in soggetti clinicamente sani. Sulla negatività del reperto clinico e radiologico non vi ha assolutamente alcun dubbio. Si potrà però obbiettarmi che i soggetti in questione erano dei portatori di lesioni latenti o di focolai irraggiungibili coll'esame clinico e radiologico. Tale obbiezione non regge se si considera che in tal caso tutti o quasi tutti gli individui adulti (come ci insegnano le statistiche fatte al tavolo anatomico) dovrebbero avere, accanto ad una cutireazione, anche una E.R. positiva. E ciò in realtà non si verifica.

Per quanto concerne la prognosi, l'E. R. si è dimostrata nei miei casi assolutamente inferiore ai comuni dati che si possono dedurre dall'accurato esame e controllo clinico del paziente, ed inferiore altresì ad altre reazioni ematologiche fra le quali in prima linea la reazione di Fahraeus della velocità di sedimentazione delle emazie.

Nonostante tuttociò, l'E. R. può in taluni casi essere un aiuto o la conferma alla diagnosi clinica; ma nulla più. È da augurarsi che per il futuro ulteriori perfezionamenti della tecnica rendano la reazione più sicura ed eliminino le cause d'errore che ad essa sono ancora legate.

Presentemente essa non può ancora considerarsi matura per una larga applicazione pratica.

Davos, Dicembre 1926.

BIBLIOGRAFIA.

1) ARGENTINA, Giornale di clinica med., a. 5, f. 14, 1924.
2) BIASOTTI e MARS, Il Policlinico, Sez. med., V, 32, f. 6, 1925.
3) FIGARI, I Congresso naz. per la lotta contro la tbc., 1925.
4) HIRSCH, *Die Abderhalden-Reaktion mittels der quant. Interferometrischen Methode.* J. Springer, Berlin, 1925.
5) KUESTER, Zentralbl. für Bakt., Parasitenkunde u. Infektionskr., 93, Abt. I, 1924.
6) MENNITI, Annali dell'Istituto Maragliano, V. 10, f. 4-5.
7) REBAUDI, Riforma medica, n. 40, 1926 (con bibliografia).
8) SECCO, Minerva medica, V. 6, n. 6.
9) SIVORI, Rinnovamento medico, n. 3, 1925.
10) SIVORI e REBAUDI, Annali dell'Istituto Maragliano, V. 10, f. 4-5.
11) SIVORI e REBAUDI, Riforma medica, n. 2, 1922.
12) SIVORI, REBAUDI e MENNINI, Archivi di biologia, V. I, n. 1, 1924.
13) SIVORI, REBAUDI e MENNITI, Annali dell'Istituto Maragliano, V. 10, F. 4-5.

COMMENTI.

Pionieri dell'odierna assistenza manicomiale.

Riceviamo e volentieri pubblichiamo:

Pisa, li 11 aprile 1927.

Ill.mo Sig. Direttore del *Policlinico*,

Mi permetta di aggiungere qualche parola alla nota del prof. Morselli pubblicata nel fascicolo 14; ed è per ricordare che circa un secolo avanti il Chiarugi, Valsalva preconizzava il trattamento umano dei pazzi, che considerava malati come tutti gli altri, prescrivendo un sistema di terapia diverso a seconda delle varie forme di *frenitide*, di *parafrenitide*, di *delirio*, di *manìa*, di *malinconia*. Di ciò ho scritto in un capitolo documentato — *Un grande precursore di Pinel* — nel mio libro *Veteris Vestigia Flammae* (Roma, 1922, pag. 393-409). È bene riaffermare questi dati, poichè anche in un bel volume di René Semelaigne — *Alienistes et Philanthropes, les Pinel et les Tuke*, Paris, Steinheil, 1912 — i nomi dei due italiani, Valsalva e Chiarugi, non figurano neppure, fra quanti hanno contribuito all'opera di rinnovamento nella moderna assistenza della pazzia.

Con i migliori ossequi

Suo dev.mo G. BILANCIONI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

REPARTO CHIRURGICO DELL'OSP. DI S. SPIRITO IN SASSIA
diretto dal primario T. FERRETTI

Sulla isterectomia addominale subtotale in utero a gravidanza a termine.

Operazione di Roger-Solieri.

Dott. L. URBANI, aiuto.

Ho praticato questa operazione due volte all'Ospedale di S. Spirito e mi decido a pubblicare i casi clinici perchè la prima volta l'operazione è stata fatta in donna con gravidanza gemellare e perchè ambedue le volte tentai di risparmiare le ovaia. Questo tentativo fu accompagnato da un incidente operatorio che fu felicemente superato.

L'obiezione che si può muovere all'operazione del Roger-Solieri è quella di essere troppo demolitiva perchè in donne giovani e in pieno rigoglio della vita genitale questo intervento operatorio non rispetta le ovaia.

L'aiuto del Solieri, dott. Pansini, in un articolo comparso sulla sezione pratica del *Policlinico* (n. 27, anno 1926), riferisce che la funzione galattogena in queste operate è buona, il decorso operatorio perfetto, ma non riferisce poi sull'esito lontano e non dice se in queste donne giovani così mutilate sono comparsi in seguito sintomi di deficit ovarico.

Anche le mie operate hanno avuto un decorso post-operativo buono ma non so se la ablazione ovarica sarà senza conseguenze nella loro vita ulteriore.

Conscio perciò della demolizione grave che mi accingevo a fare ambedue le volte tentai di risparmiare almeno un ovaio.

Dovetti però rinunciare a questa modificazione di tecnica che mi sembrava razionale e fisiologica perchè si manifestò una emorragia infrenabile al di là della legatura e la fragilità dei vasi venosi grossissimi non permise l'emostasi. Pertanto fui costretto a terminare rapidamente l'operazione mettendo pinze emostatiche robuste sui vari peduncoli molto lunghi e molto facili a legare sull'utero gravido.

Non so se questa mia affermazione sulla impossibilità di conservare l'ovaio nella isterectomia su utero gravido sarà creduta ma spero che qualche ginecologo autorevole più abile di me, modesto medico generico, tenti questa modificazione di tecnica certamente razionale.

Le vene, che sono riunite in corrispondenza del legamento infundibolo-pelvico e che sono di facilissima emostasi per la lunghezza del peduncolo stesso sull'utero gravido, diventano sparse e

flessuose al di là dell'ovaia, decorrono sotto il peritoneo uterino e lo sollevano in modo da ricordare la testa di Medusa, presto penetrano nel miometrio a varia distanza dall'estremo interno dell'ovaia allungata e assottigliata in questa evenienza. Esse sono fragili, non resistono alle pinze emostatiche e danno una emorragia reflua, alimentata dalle altre sorgenti arteriose non ancora tacitate, veramente da impressionare.

Questo incidente fu più grave nella mia prima operata che aveva una gravidanza gemellare: ma fortunatamente potei terminare felicemente l'operazione ricorrendo alla demolizione con la solita tecnica non curandomi delle ovaia che asportai.

Ma prima di riferire i miei casi voglio fare alcune considerazioni sulla indicazione di questa operazione benigna e utile.

Io non praticherei l'operazione in casi di presentazione di spalla con arto procidente e feto morto come l'ha praticata il Solieri in un caso perchè in tale evenienza ricorrerei alla solita embriotomia.

L'indicazione principale della Roger-Solieri secondo me è la seguente: bacino impervio con rottura del sacco delle acque da qualche tempo e sicurezza d'inquinamento della cavità uterina; l'ultima condizione è che il feto sia vivente altrimenti credo che i profani ci giudicherebbero male perchè da molto tempo il pubblico sa che la laparatomia in donna gravida si pratica per avere un bambino vivente.

L'operazione del Solieri si potrebbe sicuramente praticare in presentazioni anomale come quella descritta dal Solieri in cui v'era procidenza dell'arto superiore ma sempre a feto vivo.

Qual difficoltà infatti per un chirurgo esperto può presentare un arto procidente? Certamente l'asepsi dell'operazione non è compromessa se il chirurgo protegge il resto della cavità peritoneale e taglia l'utero sul segmento inferiore attorno all'arto procidente ed estrae rapidamente l'utero gravido e lo consegna ad un terzo assistente mentre l'aiuto aveva repertato con pinze di Hégar o di Bernard tutto intorno il segmento inferiore dell'utero dilatato e svasato.

La Roger-Solieri si deve dunque praticare nei casi in cui sarebbe indicata la Cesarea extraperitoneale che può essere seguita da cellulite pelvica evenienza temibile quanto la peritonite.

Questo solo pensiero mi ha fatto ricorrere a questa operazione nei miei due casi e ambedue le volte io ho avuto due pieni successi operatori per le madri e per i bambini.

Se dovessi praticare ancora l'operazione io praticherei il reimpianto delle ovaia o almeno condurrei l'operazione in questo modo:

Laparotomia ampia come il solito; sezione del peritoneo vescico uterino e separazione della vescica dall'utero; preparazione di ambedue le uterine e passaggio dietro a queste col Cooper di un robusto laccio che però non serrerei, sezione e legatura dei legamenti rotondi, sezione e legatura di un peduncolo utero-ovarico; costrizione dei vasi uterini col filo passato in precedenza; sezione del segmento inferiore dell'utero; Klemmer sul legamento infundibolo pelvico al di qua dell'ovaia da conservare.

Solo con quest'ordine nel fare le varie legature emostatiche si potrà risparmiare un'ovaia debitamente nutrita e vascolarizzata e si potranno così evitare i sintomi di deficit ovarico.

La Roger-Solieri sicuramente emostatica sarebbe secondo me indicata anche nei casi di placenta previa centrale in donne gravemente anemizzate ove anche una modesta emorragia potrebbe dare la morte.

Mi sono ben noti casi di placenta previa centrale, su cui si ebbe malauguratamente la morte col taglio cesareo classico conservativo.

CASO I. — Lucia a. 30, (13 agosto, 31 agosto).

Il travaglio di parto è iniziato il 10 agosto con rottura precoce del sacco delle acque. La mattina del 13 la donna esaurita dallo sforzo prolungato reclama il soccorso. Il ventre globoso è

voluminosissimo; sul fondo dell'utero si nota un'incisura; esiste edema soprapubico e degli arti inferiori. Si sente netto il battito cardiaco fetale nel quadrante inf.re sinistro dell'addome; non si palpano le piccole parti e la fluttuazione dell'utero fa pensare ad acque non completamente emesse o a gravidanza gemellare.

Si tratta di una donna piccola e denutrita febbricitante con coniugata vera di 6 centimetri e mezzo e perciò si decide l'operazione.

Eterenarcosi regolare.

Posizione di Trendelemburg. Laparotomia ampia ed esteriorizzazione dell'utero voluminosissima.

Per risparmiare l'ovaio sinistro sfugge la pinza piazzata al di là della legatura ed in un istante si perdono più di 300 cmc. di sangue. Le pinze piazzate sulle vene lacerano e non arrestano l'emorragie; occorre perciò terminare rapidamente l'operazione non curandosi dell'ovaia.

Dalla sezione uterina (segmento inferiore) sporge la testa del primo feto che si estrae (feto di sesso maschile vivente del peso di gr. 2500). Estratto il primo feto fa ernia un secondo sacco amniotico integro: apertolo si estrae un secondo feto di sesso femminile del peso di gr. 2350.

Sutura accurata del segmento inferiore dell'utero e peritoneizzazione facilissima per la distensione del peritoneo. Chiusura totale parete.

Seguito operatorio normale. Esce guarita il 31 agosto. La donna ha una funzione galattogena normale e allatta i suoi due bambini che appaiono normalmente nutriti e vigorosi.

La figura dimostra l'utero asportato. Dalla sezione uterina sporgono i due funicoli.

CASO II. — Assunta (16 agosto, 31 agosto 1926).

Il travaglio di parto si è iniziato il giorno 13 e durante la notte si è rotto il sacco delle acque. Il 15 le contrazioni si compiono energiche e frequenti ma poi sussegue una certa pigrizia nelle contrazioni. Il 16 la donna che febbricita (37°,8) viene esplorata. Il dito esploratore raggiunge bene il promontorio, la testa non è impegnata, il collo dell'utero presenta una dilatazione di circa tre centimetri.

Poichè il bacino è impervio, il sacco delle acque è rotto da tre giorni, il battito fetale è buono; si decide di praticare la Roger-Solieri.

Eterenarcosi regolare, Trendelemburg.

Laparatomia ampia. Si estrinseca l'utero e si comincia a legare il peduncolo ovarico internamente all'ovaia di sinistra per cercare di conservarla, ma dalle vene reflue vien fuori una notevolissima quantità di sangue e non riesce fare l'emostasi. Si compie allora rapidamente l'isterectomia mettendo delle pinze robuste sui vari peduncoli e senza curarsi delle ovaia. Dall'utero aperto il terzo assistente estrae un feto di sesso femminile vivente (gr. 2850).

Seguito operatorio normale. Guarigione di 1ª intenzione.

La puerpera viene dimessa in perfetta salute col suo bambino il 31 agosto 1926.

Questi due casi che ho riportati dimostrano la relativa benignità di questa operazione che certamente è alla portata di ogni chirurgo pratico.

NOTE E CONTRIBUTI.

Cenni sull'elioterapia con filtri e luce naturale.

Dott. ROCCO BELLANTONI - Scilla (Reggio Calabria).

Incominciammo ad eseguire le cure elioterapiche nel luglio del 1924 in un solario elevato sul livello del mare circa 76 metri.

In generale ci servimmo della luce filtrata con vetri a colori, solo raramente di luce diretta.

Usammo vetri a colori bleu, rosso e giallo — a seconda dei casi — ed abbiamo per ciascuno di questi colori notato delle proprietà curative diverse, che riteniamo utile rendere note.

Abbiamo usato vetri fabbricati da ditte diverse, ed abbiamo osservato che i vetri di identico colore hanno azione corrispondente, ma non uniformemente eguale.

Per oggi intendiamo richiamare l'attenzione dei colleghi solamente sulle proprietà curative sui tre tipi di filtri sopracennati, mentre ci proponiamo di esperimentare successivamente con vetri d'altro colore.

FILTRO BLEU. — Il filtro bleu è quello che ha più ampio uso per la sua proprietà detersiva riduttiva, epitelielizzante, analgesica, antisuppurativa.

a) *Potere detersivo*: Il fatto che si osserva è quello di vedere che la lesione rapidamente si deterge, tende ad asciugarsi, si copre di una chitina lieve e trasparente.

b) *Potere riduttivo*: Esso ha un alto potere di reduttività sui tessuti esuberanti (granulazioni flaccide, escrescenze fungose), mentre nessuna azione alterativa apporta ai tessuti sani, accresce invece la loro vitalità.

È semplicemente sorprendente vedere in pochi minuti la riduzione di vaste superficie coperte di tessuti flaccidi esuberanti dalla superficie sana della pelle: nessun caustico, ad eccezione del fuoco, avrebbe potuto produrre tale effetto in sì breve tempo.

Questo fenomeno avviene senza senzazioni speciali nè di dolore, nè di bruciore. Gli infermi, scoperti nel resto dell'organismo dai raggi diretti, non accusano che lievissimo calore, e qualcuno asserisce di avvertire una sensazione piacevole. Essi stanno ben volentieri, anche se sono piccoli ed irrequieti.

Le cicatrici che risultano con questo metodo curativo sono più spianate, più lisce, meno facilmente tendenti alla retrazione, ed al cheloidismo. Ciò noi possiamo asserire per avere, a bella posta, contemporaneamente curati casi similari col sole e con i caustici. Dal risultato finale e dall'esito dopo parecchi mesi abbiamo potuto constatare quanto sopra asseriamo.

c) *Epitelielizzante*: La luce bleu ha un forte potere formativo dell'epitelio, noi ci siamo potuti convincere per il fatto che sullo stesso individuo contemporaneamente abbiamo curato parti delle lesioni esponendole alla luce filtrata, altre esponendole alla luce diretta, ed altre all'ombra.

Dalle osservazioni fatte abbiamo ricavato la convinzione di fatto che le lesioni esposte all'ombra si coprono più lentamente di epitelio, di quelle esposte alla luce filtrata bleu, e quelle esposte alla luce solare diretta si coprono più rapidamente ancora delle altre esposte alla luce bleu.

d) *Analgesizzante*: La luce bleu ha un potere analgesizzante lieve, ma persistente e duraturo.

Nelle forme dolorifiche di nevralgie e zoster ci ha dato risultati ottimi non solo per l'effetto immediato, ma anche curativo persistente.

Ricordiamo specialmente un caso di zoster, che curato per oltre due mesi con le cure medicamentose di comune uso topiche e generali, tormentava l'infermo senza dargli requie con dolori e permanendogli sulla cute la eruzione caratteristica.

Fin dalla seconda applicazione di luce l'ammalato incominciò a prendere riposo la notte e con poche altre applicazioni si ottenne la guarigione completa della lesione cutanea e la scomparsa definitiva delle sofferenze nervose.

Ed un altro caso ancora ci piace ricordare di nevralgia del ramo del frontale ribelle per oltre due mesi a tutte le cure, il quale caso è guarito stabilmente con solo una diecina di sedute.

e) *Antisuppurativo*: La luce bleu ha potere di diminuire, se non di arrestare, i processi suppurativi. Molto bene noi abbiamo potuto osservare tale proprietà, della quale ce ne serviamo con sommo profitto.

FILTRO ROSSO. — La luce solare ottenuta con filtro rosso ha potere antiflogistico, antisuppurativo, ravvivante.

a) *Antflogistico*: Nei processi infiammativi la luce rossa agisce in modo manifesto beneficamente: diminuendo, fin dalle prime sedute, l'arrossimento e la tumefazione.

b) *Antisuppurativo*: Il processo di suppurazione cede rapidamente, e tra i tessuti sani e quelli tendenti alla necrosi si nota che più rapidamente dell'ordinario si forma la linea di demarcazione del distacco.

c) *Ravvivante*: La luce rossa ha potere ravvivante e neoformativo molto palese e più intenso dei sistemi di medicatura fin'oggi usati.

Sulle piaghe torpide ben presto si osserva scomparire la patina di tessuti morti e si nota una più attiva circolazione di sangue ed una efflorescenza di nuove granulazioni vive e sane che salgono dal fondo, riempiono la fovea, e si rivestono rapidamente, dalla periferia al centro, d'un epitelio lievemente bluastro e pellucido di nuova formazione e sano.

FILTRO GIALLO. — La luce ottenuta con filtro giallo ha un potere misto tra la luce bleu e la luce rossa, meno intenso, ma più penetrante.

Noi ci servimmo di questo filtro nei casi di fistole ed abbiamo ottenuto la guarigione, senza altra cura ed in tempo relativamente breve.

LUCE SOLARE NATURALE. — La luce solare applicata senza filtro ha tutte le proprietà dinanzi descritte, però, in grado assai minore.

Ha solo molto più spiccati i poteri chitinizzante ed epitelielizzante.

a) *Chitinizzante*: Rapidamente si vedono le piaghe esposte coprirsi di una chitina pellucida e trasparente, che i profani ritengono per pelle nuova formata. Essa invece è una chitina che il giorno appresso si vede scomparsa.

b) *Epitelielizzante*: Ha pure elevato il potere epitelielizzante. Molto visibilmente si nota che dai margini della piaga inverso il centro si avanza un epitelio bluastro e madreperlaceo che ricopre man mano i tessuti sani di nuova formazione.

Esso è a tal punto palese che nel breve tempo della esposizione si vede estendere in modo sorprendente.

SPECCHIETTI DEI CASI TRATTATI CON LA ELIOTERAPIA.

MALATTIE Luglio 1924. Dicembre 1924.	Guariti	Miglioramento notevole	Miglioramento	Stazionarii	Non tornati	Morti	Totali
Fistola retro-auricolare per mastoidite suppurata resistente a tutte le cure per oltre quattro mesi.	1	—	—	—	—	1	1
Sicosi parassitaria del cuoio capelluto.	1	—	—	—	—	—	1
Fistola toracica e vaste ulcerazioni per costotomia da pleurite purulenta.	—	1	—	—	—	—	1
Erpete zoster ribelle alle cure medicamentose ordinarie.	2	—	—	—	—	—	2
Suppurazione subacuta persistente dell'epididimo.	1	—	—	—	—	—	1
Vasta necrosi della cute e lento processo di cicatrizzazione.	1	—	—	—	—	—	1
Eczema crostosa	1	—	—	—	—	—	1
Eczema secca cronica .	—	—	—	—	1	—	1
Ulcera crurale	1	—	—	—	—	—	1
Granulazioni torpide . .	1	—	—	—	—	—	1
Totali . . .	9	1	—	—	1	—	11

MALATTIE 1925	Guariti	Miglioramento notevole	Miglioramento	Stazionarii	Non tornati	Morti	Totali
Granulazioni fungose flaccide per scottature I, II, III grado.	10	—	—	—	—	—	10
Granulazioni torpide resistite alle cure comuni.	1	—	—	—	—	—	1
Ectima	2	—	—	—	—	—	2
Scrofuloderma	1	—	—	—	—	—	1
Sicosi parassitaria della barba	2	—	—	—	—	—	2
Cheloide	—	—	—	—	1	—	1
Eczema acuta crostosa.	6	—	—	—	—	—	6
Eczema delle pinne nasali.	1	—	—	—	—	—	1
Panno corneale lieve .	1	—	—	—	—	—	1
Epulide degenerata in epitelioma (curata con concentratore di quarzo).	1	—	—	—	—	—	1
Eczema crostosa acuta del cuoio capelluto e adeniti sottomastoidee (guarigione con assorbimento delle adeniti).	1	—	—	—	—	—	1
Escrescenze carnose . .	1	—	—	—	—	—	1
Asma bronchiale	—	—	—	—	1	—	1
Escrescenze carnose flaccide glandulari (causticate col nitrato di argento si riproducevano rapidissimamente. Con tre sole applicazioni sono guarite).	1	—	—	—	—	—	1
Nevralgia acuta del frontale recidivante alle cure mediche.	1	—	—	—	—	—	1
Erpete zoster ed eczema dell'ombelico.	1	—	—	—	—	—	1
Ascessi sottocutanei multipli.	1	—	—	—	—	—	1
Peritonite tubercolare .	—	1	—	—	—	—	1
Totali . . .	31	1	—	—	2	—	34

Scilla, 29 aprile 1926.

☛ *Interessante pubblicazione:*

Dott. LUIGI CAPPELLI
Aiuto alla Cattedra di Elettroterapia e Radiologia della R. Università di Roma

RADIUMTERAPIA

MANUALE PER I MEDICI PRATICI
Prefazione del prof. **Francesco Ghilarducci,** Direttore del R. Istituto di Radiologia ed Elettroterapia della R. Università di Roma.

Un volume in-8°, di pag. IV-150 (N. 15 della Collana Manuali del «Policlinico»), nitidamente stampato su carta semipatinata, con 5 tavole e 5 figure nel testo. — Prezzo L. **18** più le spese postali di spedizione. — Per i nostri abbonati sole L. **16.50**.
Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI GENERALI.

Infezioni croniche e portatori di germi.

(E. FRÄNKEL e H. P. KUTTNER. *Ergebnisse der gesamten Medizin*, Vol. IX, n. 1-2).

La penetrazione dei germi patogeni nel corpo umano porta solo in una minima parte dei casi ad una malattia acuta infettiva. In altri casi, per le forze contrastanti dell'influenza del germe, da un lato, e dell'adattamento dell'ospite dall'altro si ha un'immunizzazione incompleta dell'individuo, che rende possibile una lunga permanenza del germe nel suo corpo. In questi casi, può accadere che l'individuo gradatamente soggiaccia nella lotta e si arrivi al quadro di un'infezione cronica progressiva o recidivante. Questa, poi, può manifestarsi o con la prevalenza dei sintomi generali oppure con una infezione di un determinato organo, la quale, alla sua volta, può spesso provocare delle manifestazioni secondarie settiche.

A lato di queste infezioni croniche settiche, vi sono quelle latenti, in cui i germi sono annidati in qualche parte del corpo senza manifestazioni di malattia fino a quando, per cambiamenti nell'individuo o nel germe si manifesta il processo patologico.

Vi è poi una terza possibilità che l'individuo (talora ma non necessariamente dopo una malattia acuta) porti nel suo corpo dei germi per lui innocui, ma che hanno conservata per gli altri la piena virulenza. Vengono questi denominati portatori (e, quando li eliminano) eliminatori di germi.

Anche per tutte queste forme, non basta il reperto di un determinato germe per stabilire che ad esso si deve la malattia cronica. Per questo è necessario che il germe si trovi nel sangue od in altri liquidi circolanti, nel focolaio locale e che esistano le reazioni specifiche fra germe ed ospite. Solo raramente tutte queste condizioni sono soddisfatte, mentre nella maggior parte dei casi potrà bastare una o due, purchè in accordo con i fenomeni clinici; qualche volta, la diagnosi si fonderà soltanto su questi, anche prescindendo da ricerche batteriologiche negative. In qualche altro caso, il germe patogeno rinvenuto non ha nulla a che fare con l'infezione cronica, come accade per il reperto di una pielite da coli in un individuo con infezione cronica da streptococco.

Questi germi sogliono annidarsi in un *focolaio settico*, che di solito si trova in organi cavi oppure nelle ossa (cisti dentarie, midollo osseo) od in certi organi ghiandolari. Per lo stabilirsi dell'infezione cronica, vi sono poi delle condizioni

sfavorevoli (proliferazioni connettivali, deposizioni calcari, processi di immunità locale) ed altre che invece la favoriscono, come il trovarsi il focolaio in un punto da cui è facile il riassorbimento. Raramente si ha nel focolaio un processo acuto che porta a formazione di ascesso; il più spesso, si hanno infiltrati perivascolari di natura linfocitaria, con formazione connettivale.

Fra questi focolai infetti, predomina per importanza, specialmente in base agli studi degli americani, la localizzazione orale (infezione dentale o focale). La polpa dentaria morta forma alle radici un granuloma con germi viventi (spesso riconoscibile soltanto radiologicamente) che può anche rimanere senza dare sintomi. Da esso però, i germi possono diffondersi nell'organismo e dare le più svariate manifestazioni. Sono state descritte: **l'angina di Ludwig, le tromboflebiti ed i** flemmoni del seno cavernoso, congiuntiviti ed iridocicliti, malattie della cistifellea, dell'appendice, artriti croniche ed inoltre anemia, leucemia, miocardite, nefrite, neuralgie, eritema polimorfo, miosite, diatesi gottosa. Accanto a streptococchi di diverse forme (al viridans ed all'haemolyticus sono state attribuite le foruncolosi, il prurito e l'orticaria) si sono trovati nel focolaio spirochete ed anche anaerobî (tetano). In molti casi, il trattamento chirurgico del focolaio infetto (fatto al più presto e sulla base della diagnosi radiologica) è seguito dalla guarigione dei fatti secondari.

Un altro focolaio importante è rappresentato dalle tonsille che, nelle loro cripte, albergano intere masse di batteri. Come conseguenze sono stati descritti diversi quadri morbosi: reumatismo, malattie renali e cardiache, neuralgie, dispepsia, ecc. Molti sono i germi patogeni che possono annidarsi nelle tonsille: meningo-, strepto- e stafilococchi, influenza, difterite ed altri che di qui si diffondono sia localmente (cavità nasali ed accessorie), sia in tutto l'organismo. Fra i più importanti sono gli strepto- e gli stafilococchi, per cui si possono avere processi tromboflebitici, linfandenite, endocardite, focolai nel midollo osseo, flemmoni ed infezioni di organi cavi (cistifellea e vie biliari, bacinetto renale, utero e raramente articolazioni).

Piuttosto raramente il focolaio è costituito dall'apparato respiratorio e soltanto in caso di bronchiectasia o cavità ascessuali o tubercolari. Non frequente, ma probabile è il focolaio dell'ulcera gastrica, che spesso è associata con colangite e peritiflite.

Importante invece è la cistifellea, che può essere infettata in modo ascendente dalle vie biliari, o dal fegato, oppure per via secondaria ed ematogena. Il primo ed il terzo modo d'infezione sono i più frequenti. È nota la frequenza con cui si annidano nella cistifellea i bacilli del tifo, per cui si costituisce la condizione di portatore che può durare per anni (fino a 23 in un caso di Harlandt). Ma sono tutt'altro che rari anche gli strepto- e gli stafilococchi.

Importanti come focolai sono anche l'appendice (la così detta tonsilla intestinale) ed il bacinetto renale. La malattia più frequente di quest'ultimo è la colipielite che decorre il più spesso col quadro di un'infezione cronica. È importante stabilire se si tratti di stipiti emolitici o non. La pielite può anche esser data da strepto- o stafilococchi, che però non provocano mai la formazione di calcoli, ciò che invece può verificarsi per il coli. Anche il gonococco, annidatosi nelle vie urinarie e nelle ghiandole che vi sboccano, può dare una sepsi cronica.

L'utero può costituire un focolaio infetto, ma quasi soltanto in casi di aborto infetto o di sepsi puerperale. Gravi ed acuti sono i casi tromboflebitici, mentre hanno un decorso protratto ed una prognosi favorevole quelli linfangitici.

Per la diagnosi batteriologica, si ricorrerà soprattutto all'emocultura, specialmente allestita con notevoli quantità di brodo glucosato o di brodo ascite (nel caso di bacilli tifosi, brodo alla bile), non trascurando le colture in anaerobiosi (col metodo Tarozzi) e l'inoculazione negli animali. Importante per la riuscita è la scelta del momento di prendere il sangue; in generale, la batteriemia si manifesta con sintomi clinici che sono: brividi, febbre, cambiamento nel numero dei leucociti o della formula leucocitaria, nel senso di una deviazione verso sinistra e di una monocitosi ed eventualmente cambiamenti nella composizione chimica del sangue. La presa del sangue in tali periodi rende più probabile la riuscita.

Le ricerche batteriologiche possono farsi anche su altri liquidi dell'organismo e specialmente sul liquor e sui succhi di organi, che sono generalmente sterili e per i quali il reperto di germi patogeni ha grande importanza. Assai minore è invece il significato del reperto di germi in altre circostanze come, p. es., nell'urina femminile, anche se prelevata sterilmente col catetere e così pure nel succo duodenale o nella bile prelevati mediante il riflesso di apertura col peptone. In tali casi il giudizio dipenderà dal tipo del germe trovato e dagli eventuali saprofiti che l'accompagnino.

Ancor minore è il significato dei germi trovati sulla cute o sulle mucose, specialmente in quelle

che anche normalmente albergano molti germi anche patogeni.

I germi che in tutti questi casi vengono isolati sono, in ordine di frequenza: 1) strepto-, pneumo- e stafilococchi; 2) gonococchi e meningococchi; 3) tifo, paratifi e coli; 4) gruppo dei dissenterici; 5) gruppo dei difterici; 6) germi più rari.

In tutte queste ricerche, si terrà presente che ogni germe ha una certa ampiezza di variazione, dipendente dalle condizioni in cui vive, quindi, a seconda della sua origine, dello stato immunitario dell'ospite, dei metodi di cultura usati, si potranno osservare notevoli differenze.

FORME DEL DECORSO CLINICO.

La presenza di germi nell'organismo può dare i tre stati di infezione dormiente, infezione cronica, portatore di germi. Nella prima noi abbiamo uno stato di equilibrio fra il germe e l'ospite, analogamente a quanto si osserva nella sifilide. L'infezione dormiente è particolarmente importante in chirurgia; si vede guarire bene un focolaio primario e, più tardi, dopo operazioni asettiche o traumi, risvegliarsi il processo, quando la barriera protettiva del tessuto di granulazione è rotta meccanicamente o biologicamente. Nella medicina, questa nozione è importante per spiegare gli ascessi tardivi che si manifestano anni dopo un'appendicite od un'infezione tifosa. Si sono osservate una strumite ed un ascesso costale, rispettivamente 21 e 23 anni dopo un'infezione tifosa. Sembra che in tali casi, i germi si annidino nel midollo osseo. Sono da ascriversi a queste infezioni dormienti, le recidive tardive che si osservano talora dopo il tifo, il che significa che la guarigione clinica non è identica con quella batteriologica.

Fra le infezioni croniche si devono anzitutto distinguere quelle che si manifestano come malattie generali e quelle in cui invece domina la malattia di un organo.

Il decorso della febbre è del tutto irregolare, sebbene non manchi generalmente l'elevazione di temperatura fra 37° e 38°; senza cause riconoscibili, si osservano poi periodicamente delle temperature più elevate.

Fra i sintomi generali, si hanno, oltre a cefalea, mancanza di appetito, uno stato di spossatezza, di astenia. Nel sangue, con o senza leucocitosi, si osserva una linfocitosi relativa, deviazione verso sinistra, comparsa di forme irritative e spesso monocitosi notevole. Più spesso che nel sangue, i germi si trovano nel focolaio settico o nelle vie che da esso si dipartono.

Come conseguenza della diffusione dei germi, si hanno focolai metastatici nella pelle, nelle articolazioni ed in altri organi, specialmente nei reni, dove danno sintomi nefritici ad accessi. Frequenti sono le manifestazioni tossiche di processi reumatici, miositici e neuritici. Un esempio di questi stati è dato da un caso degli AA. di un individuo 35enne ammalatosi con una colica renale; a questa seguì uno stato febbrile, con gravi infiammazioni articolari; dopo circa un anno, e senza che si manifestassero sintomi da parte dei reni, si isolò dall'urina uno stafilococco emolitico. La vaccinoterapia e le cure idropiniche fecero scomparire lo stato febbrile e portarono alla guarigione.

In altri casi, predominano i sintomi dell'organo che ha servito da porta d'ingresso; è questo il caso delle malattie dell'anello faringeo, specialmente delle tonsille. Anche questi pazienti vanno soggetti ad accessi febbrili con le conseguenze tossiche dell'infezione cronica. I fenomeni secondari di questo stato, reumatismi, endocardite, nefrite, ecc., sono così frequenti che, nella esagerata valutazione della porta d'ingresso, si è proceduto per un certo tempo al trattamento delle tonsille in tali contingenze. Oggi però noi sappiamo che i germi possono entrare anche per altre numerose vie e che le tonsille possono ammalarsi anche secondariamente.

Sono anche da menzionare qui le malattie croniche recidivanti delle cavità accessorie nasali e dei denti. Appartengono pure alle infezioni croniche, le diverse forme di endocardite ricorrente. Analogamente a quest'ultima, si è venuto ora isolando il quadro della colangite lenta, per cui i germi annidati nella cistifellea possono per anni e decenni dare sempre nuovi accessi, nell'intervallo fra i quali si hanno però sempre temperature subfebbrili, che dimostrano la persistenza dell'infezione cronica.

Non sono poi rari i casi di concomitante infezione delle vie biliari con l'appendice, per cui il chirurgo che opera un'appendice non deve trascurare l'esame delle vie biliari. Importante è in questi casi l'esame batteriologico del succo duodenale prelevato col riflesso d'apertura mediante il peptone, tanto più che si viene sempre più affermando l'esistenza della triade: colecistite, appendicite ed ulcera gastrica o duodenale e la possibile origine infettiva di quest'ultima.

Oltre all'appendicite cronica, appartengono alle infezioni croniche quelle dei bacinetti renali e delle vie urinarie, in cui si possono ottenere buoni effetti dalla contemporanea somministrazione di eucupina (a dosi di 25 cg., 4 volte al giorno) e di autovaccini.

La predilezione delle infezioni croniche per l'apparato linfatico si manifesta anche con le malattie del midollo osseo, che si hanno, non solo per i bacilli del tifo, ma anche per strepto- e stafilococchi.

Nella *terapia*, si procederà dapprima, per quanto è possibile, all'asportazione del focolaio infettivo; talvolta però anche l'asportazione di tonsille infette o l'apertura di un ascesso osteomielitico non danno la guarigione, perchè si ha un focolaio infetto secondario.

Fra i mezzi chemoterapeutici, gli AA. danno importanza alla eucupina per somministrazione orale (25 cg. 3-5 volte al giorno) ed alle iniezioni endovenose di argoflavina (20 cmc. della soluzione al 1/2 %). Scarsa fiducia hanno gli AA. nei vaccini polivalenti, mentre sono favorevoli per gli autovaccini. Oltre poi alla terapia sintomatica, ha importanza quella climatica e dietetica; particolarmente utile sono il clima mite del sud ed una buona nutrizione.

Per quanto riguarda i portatori di germi, sono da menzionare, oltre al bacillo del tifo che si annida nella cistifellea, quello della dissenteria nelle ghiandole del mesocolon e quello di Pfeiffer nelle ghiandole linfatiche tracheobronchiali. Quando poi i germi si trovano in un punto dell'organismo da cui possono venire espulsi nel mondo esterno, il portatore diventa eliminatore con tutti i pericoli connessi con tale stato. Particolarmente importanti sono sotto tale punto di vista gli eliminatori di bacilli difterici, di meningococchi e di bacilli del tifo. Mentre i primi si annidano nella regione delle tonsille, il focolaio infettivo del tifo si trova nella bile. Specialmente frequenti nelle donne sono i calcoli biliari dopo il tifo ed appunto nelle donne si trova il più gran numero di eliminatrici. Anche sperimentalmente, è stato dimostrato che già dopo 10 minuti dall'introduzione dei bacilli nella vena dell'orecchio questi si trovano nella bile e vi si mantengono anche dopo 4 mesi; si ha dunque una vera eliminazione epatogena dei germi.

I germi possono annidarsi anche nelle vie urinarie, ma di qui è più facile scacciarli e spesso basta a tale scopo l'urotropina. Per quelli che si annidano nella cistifellea, specialmente per il bacillo del tifo, anche l'asportazione della stessa cistifellea non è sempre seguita da successo, particolarmente per la possibilità di un focolaio secondario.

Per quanto riguarda la diagnosi di portatore di bacilli del tifo, è da raccomandarsi l'esame batteriologico del succo duodenale, raccolto mediante il reflesso di apertura della cistifellea.

FILIPPINI.

La forma lenta della sepsi meningococcica.

(U. FRIEDEMANN e H. DEICHER. *Deut. med. Wochens.* v. 52, n. 18).

Gli AA. riportano le osservazioni di tre individui; in due di essi, si trattava di giovani che da 2-3 mesi avevano febbre irregolare, remittente, con accessi di un esantema analogo all'eritema nodoso; il terzo caso riguardava un individuo di media età che, dopo essere stato malato per una quindicina di giorni con sintomi simili a quelli degli altri due, morì per meningite purulenta.

In quest'ultimo caso, la febbre aveva il tipo terzanario, ma le ripetute ricerche sul sangue e la prova negativa del chinino fecero escludere la diagnosi di malaria. Negative riuscirono pure le ricerche per la febbre di Malta e quelle batteriologiche ed istologiche fatte sul sangue e sui pezzetti di pelle escisa.

Dallo studio della letteratura risulta che il tipo di febbre terzanario e l'esantema a tipo di eritema nodoso si osservano talora nella meningite epidemica. In questa non sono rari gli esantemi, che hanno per lo più carattere petecchiale e danno l'impressione della sepsi meningococcica; i casi con questo esantema hanno per lo più un decorso acuto e la prognosi non è sempre sfavorevole. Sono state anche osservate eruzioni roseoliche, specialmente nel primo stadio, ed altre simili all'eritema essudativo.

La sintomatologia clinica di queste forme può così abbozzarsi. Dopo un'affezione catarrale della mucosa nasale, del faringe o dei bronchi, si stabilisce una curva febbrile caratterizzata da rapide dentellature che ritornano dopo poche ore alla norma; gli accessi si ripetono ogni 48 ore, sicchè danno l'impressione della malaria terzana; non si hanno di questa però i brividi forti, ma soltanto un po' di brivido. In séguito, la curva perde le sue caratteristiche e le dentellature febbrili compaiono ogni giorno, talora ogni 12 ore. La sensazione e lo stato generale sono relativamente poco turbati in confronto dell'altezza della febbre (fino a 39°,8) e la durata della malattia. Durante gli accessi, i pazienti hanno pochi disturbi e non ne hanno punti negli intervalli; anche dopo una lunga durata, l'aspetto e le forze sono abbastanza soddisfacenti.

Caratteristica per questa forma è la comparsa, ad accessi, dell'esantema, per lo più dopo la caduta della febbre. Esso è di solito abbastanza diffuso e consta di macchie rosse, piccole e grosse, infiltrate ed un po' elevate e dolorose. Le singole efflorescenze ricordano l'eritema nodoso, sebbene i noduli siano più piccoli e spesso meno infiltrati.

La malattia mostra un decorso che si trascina

a lungo e che può durare anche diversi mesi. Nessuna alterazione si è rintracciata negli organi interni.

La diagnosi si fonda sul tipo febbrile, sul buono stato generale, sull'esantema e sul reperto di meningococchi nel sangue. Se i sintomi clinici sono abbastanza spiccati, la diagnosi differenziale è presto fatta. Vi sono però dei casi in cui la curva febbrile non assume il tipo terzanario e l'esantema si limita talora a poche macchie. In tal caso, la diagnosi differenziale riguarderà soprattutto la sepsi gonococcica. Le ricerche batteriologiche sul sangue, seguite dalla differenziazione sierologica saranno di grande aiuto per la diagnosi. Se l'emocultura riesce negativa, si farà la ricerca batteriologica sull'essudato faringeo; anche nei sani può trovarsi il meningococco, però il reperto di esso in grandi masse, unito ai sintomi sospetti, potrà permettere la diagnosi.

Per la diagnosi batteriologica, si escluderà il metodo delle piastre e si userà il brodo-ascite: 40 cmc. in cui si introdurranno 2-3 cmc. di sangue. Il matraccio con il mezzo di coltura deve essere dapprima riscaldato a 37° e, subito dopo l'insemenzamento, messo in termostato. Per i passaggi successivi, si userà l'agar-emoglobina, facendo poi le necessarie differenziazioni sierologiche. Il momento più favorevole per la semina è all'inizio della febbre; all'acme e negli intervalli apiretici, il sangue è per lo più sterile. In tutte queste ricerche è indispensabile una tecnica accuratissima per ottenere risultati attendibili.

La prognosi sembra relativamente favorevole. Si sono vedute le forme puramente settiche passare a guarigione, anche dopo la durata di mesi. D'altra parte, su questo punto si deve essere molto guardinghi perchè, anche dopo settimane o mesi, si può avere lo sviluppo di meningite purulenta.

Come porta d'ingresso dell'infezione, deve essere ammessa in qualche caso la mucosa dell'apparato respiratorio; in una paziente, gli AA. poterono isolare dall'essudato faringeo il meningococco. Questa però non era da ritenersi la prima localizzazione; la paziente soffriva da tempo di raffreddore ostinato e si potè trovare il meningococco in cultura pura nel secreto del seno mascellare. Si può ammettere che in tal caso si sia trattato di una malattia primaria delle cavità accessorie nasali, da cui, ad accessi, il meningococco penetrava nel sangue.

Non è poi da dimenticare che vi sono affezioni catarrali dell'apparato respiratorio che sono dovute al meningococco. Sono state descritte polmoniti e bronchiti da meningococco; questo germe è stato trovato nella sua forma tipica endocellulare nello sputo e si sono avute anche delle infezioni da contatto.

Sembra che le infezioni generali che si sviluppano da queste localizzazioni non abbiano sempre il quadro descritto dagli AA., ma decorrano talora anche come malattie abortive; da esse possono aversi nuovi casi. Uno degli AA., durante l'esame di una delle malate, non potè impedire che essa gli tossisse sul viso. Tre giorni dopo, egli, in pieno benessere, ebbe febbre a 39°, che si abbassò già dopo due ore e si ripetè, meno forte, per due volte a periodi di 48 ore, dopo di che la malattia finì. L'esame dell'essudato faringeo, diede una cultura pura di meningococchi. Un caso di febbre terzanaria senza esantema e con reperto positivo di meningococchi è stato descritto da Schottmüller. Non è poi improbabile che molte delle così dette malattie grippali siano da ricondurre all'infezione meningococcica. La grande somiglianza dell'esantema osservato dagli AA. con l'eritema nodoso e con quello multiforme, permette la supposizione che vi siano rapporti eziologici fra tali malattie.

In entrambe, si osservano, di fatto, forme idiopatiche e forme sintomatiche; queste ultime si hanno nel decorso di altre malattie infettive o le seguono. Così avviene per l'eritema nodoso o multiforme della tubercolosi, del tifo, della sifilide, della scarlattina, della gonorrea, ecc. E non è ancora stabilito se in questi casi, l'esantema sia provocato dallo stesso germe della malattia o si tratti invece di infezioni miste.

Per l'eziologia delle forme idiopatiche siamo poi del tutto all'oscuro. In considerazione della rassomiglianza dell'esantema nell'eritema nodoso (od essudativo) e nella forma lenta della sepsi meningococcica, non è da escludersi che entrambe siano da attribuirsi al meningococco e possano rappresentare una forma abortiva di sepsi meningococcica. Purtroppo le malattie eritematose sono abbastanza rare sicchè non sono possibili delle ricerche sistematiche, che sarebbero invece desiderabili.

FILIPPINI.

RENI E VIE URINARIE.

Dati clinici nella cistite alcalina incrostata.

(HAGER. *The Journal of Urology*, vol. XVI, 6 dicembre 1926).

Da studi di laboratorio e dalla riproduzione in animali risulta che questa cistite è un'entità ben distinta. Essa è causata dall'impianto del proteus ammoniae (salmonella ammoniae) in una vescica già sede di una lesione infiammatoria o neoplastica. Le incrostazioni risultano dall'azione

del germe sull'urea che viene da esso scomposta in diossido di carbonio e ammoniaca con una precipitazione di sali alcalini inorganici.

Fra le cause predisponenti a tale cistite sono stati notati i traumatismi del parto con conseguente cateterismo, il cateterismo seguente la prostatectomia, passaggio di strumenti nell'uretra per dilatare un suo restringimento, ulcere della vescica, cistiti semplici.

La causa determinante è il suddetto batterio che probabilmente vive nell'intestino e che richiede per il suo sviluppo infiammazioni primarie della vescica, giungendo ad essa per la via uretrale.

La malattia è clinicamente caratterizzata dalla sua cronicità potendo sovente durare mesi e anni con sintomi soggettivi di frequenza, urgenza, disuria e passaggio di sabbia, frequentemente anche ematuria macroscopica. Sul generale non ha altra influenza che per i disturbi del sonno e per una certa agitazione che l'infermo ha per la natura incerta del suo male. In alcuni casi l'urina è fortemente alcalina e in genere l'alcalinità è relativa e proporzionale alla gravità del processo; in essa normalmente si trova grande quantità di sangue, di muco e alle volte pus.

La conferma della diagnosi è data dalla cistoscopia: la vescica è diminuita di capacità e sanguina facilmente, se è sovradistesa; è irritabile a tal punto che alle volte per esaminarla bisogna ricorrere all'anestesia sacrale. Presenta delle concrezioni dure impiantate fermamente nella mucosa e che possono limitarsi al trigono, al collo, oppure possono occupare tutta la mucosa. Gli orifici ureterali sono seppelliti nelle concrezioni e nelle granulazioni. Le aree di incrostazioni possono essere piatte e circoscritte oppure villose e papillomatose assumendo caratteri suggestivi di neoplasma. La diagnosi per questa ragione è alle volte tanto difficile da richiedere la biopsia. Le incrostazioni possono infossarsi fino allo strato muscolare e la loro asportazione lascia una superficie erosa, granulante, priva di mucosa. Tra le chiazze di incrostazione si può formare sulla mucosa un essudato grigio sporco come una falsa membrana, è muco gelatinoso con detriti cellulari; non aderisce alla mucosa e può esser rimosso da irrigazioni. Alle volte non vi sono incrostazioni e la vescica mostra aree sparpagliate di cistite.

Dato che la diagnosi è cistoscopica bisogna ben distinguere questa forma da quelle similari; dai tumori veri della vescica che spesso sono coperti da incrostazioni di sali urinari, ma queste incrostazioni sono più facilmente rimosse; dalle leucoplasie che però si presentano come macchie singolari e non hanno l'apparenza lanosa dei depositi calcarei; dal calcolo vero perchè alle volte si hanno pietre galleggianti in cistiti incrostate.

L'A. nota come il trattamento è stato ed è ancora sintomatico per l'ignoranza che finora si è avuto dell'agente infettante e fa una interessante scorsa nella scarsa letteratura, augurandosi di poter quanto prima comunicare una terapia specifica data la conoscenza dell'agente e gli esperimenti che con essi si stanno facendo.

La terapia sintomatica è quanto di più vario, così Roussel nel 1901 usò iniezioni di ittiolo e istillazioni di nitrato d'argento e acido nitrico diluito dopo aver tolto le incrostazioni col dito; Lichtenstern nel 1907 asportò completamente il tratto di vescica incrostata; Grandjean nel 1911-1912 rimosse tutta la mucosa vescicale; Paoli nel 1913 usò il trattamento elettrico sotto forma di ionizzazione; Caulk nel 1914 usò iniezioni endovescicali di bacillus bulgaricus ottenendo guarigione completa; Bell consiglia iniezioni di soluzioni di acido lattico al 10 % dopo anestesia con soluzione debole di novocaina, e conseguente lavaggio con soluzione fisiologica.

Nella Clinica Mayo, della cui Sezione Urologica l'A. fa parte, sono stati visti negli ultimi dieci anni cinquanta ammalati di questa forma di cistite. Tale forma si è mostrata più frequente nelle donne (34 casi) che negli uomini (16 casi), e l'età media per le prime si è mostrata verso i 45 anni, negli altri verso i 50. In tre soltanto si ebbe una storia in cui i disturbi datavano da molti anni, rispettivamente 11, 15 e 20; nei primi due era associata pielonefrite, nel terzo non c'era traccia di infezione del tratto urinario superiore. Negli altri in media i sintomi datavano da tre anni e in parecchi si ebbe una storia con attacchi ricorrenti di cistite.

Numerosi i metodi di cura che sono stati adoperati. Il migliore però è stato il raschiamento con applicazioni di forte soluzione di nitrato d'argento sull'area denudata e questo metodo è considerato per ora il migliore.

G. ANNICCHIARICO - PETRUZZELLI.

Sulla perforazione degli ascessi appendicolari in vescica.

(W. BOSS. *Zeit. f. Uro. Chir.*, XX vol., n. 3-4).

La perforazione di ascessi appendicolari in vescica si presenta come una evenienza piuttosto rara, da quando la terapia dell'appendicite è divenuta eminentemente chirurgica e precoce.

Non sono soltanto gli appendicolari che si estrinsecano verso il bacino, ma tutti i tipi di ascessi periappendicolari possono terminare coll'apertura in vescica. La perforazione può avvenire improvvisamente, senza sintomi, o anche

lentamente accompagnata da una caratteristica sintomatologia (febbre, brividi, stranguria, ritenzione di orina).

Cistoscopicamente, non si ha il quadro di una cistite diffusa, ma invece piuttosto circoscritta ai dintorni immediati dell'apertura fistolosa. Le turbe circolatorie di origine infiammatoria che hanno luogo in questa regione sono causa di un edema bolloso generalmente cospicuo dentro il quale si può in qualche caso nascondere la perforazione.

Nei casi di perforazione in vescica di suppurazioni di origine annessiale le condizioni anatomiche sono diverse. Per la vasta aderenza di questi organi infiammati alla vescica, la soluzione di continuo viene mantenuta beante. Questo spiega il differente quadro cistoscopico che somiglia a quello di una fistola vagino-vescicale.

Anche l'esame radiografico, previo riempimento di mezzi opachi della vescica e dell'intestino, può essere utile nella diagnosi differenziale fra le due specie di perforazione.

La cistoscopia è certamente il mezzo di esame più adatto, poichè ci permette non solo di diagnosticare una perforazione in atto, ma anche di riconoscere quegli stati anatomici che hanno condotto a una perforazione. Vi sono però anche altri sintomi patognomonici, quali l'emissione di urina mista con sostanze fecali, talora riconoscibili solo microscopicamente per la loro scarsa quantità, oppure l'emissione coll'orina di sostanze facilmente riconoscibili, quali, p. es., il carbone, somministrate per bocca.

L'apertura dell'ascesso in vescica, pur essendo un favorevole esito, che può condurre alla guarigione, non è certamente l'ideale, poichè spesso così una definitiva guarigione viene ritardata, o resa impossibile.

La perforazione dell'ascesso in vescica non comporta speciali indicazioni terapeutiche eccetto che nel caso che si stabilisca una grave infezione della vescica, o passino in questa delle feci indurite che possono formare i nuclei di calcoli secondari.

Riferisce due casi personali.

MANFREDO ASCOLI.

La radioterapia nei prostatici.

(LEGUEU. *Journal des Praticiens*, 1° genn. 1927).

L'A. si domanda se la radioterapia sia utile nel trattamento dell'adenoma prostatico, tenendo presenti le osservazioni dei chirurghi, i risultati ottenuti dai radiologi ed il lato teorico della questione.

In alcuni malati, trattati con i raggi X e non guariti con essi, l'adenoma si asporta senza alcuna difficoltà. Manca ogni traccia di infiammazione e non si ha difficoltà a trovare il piano di clivaggio.

L'A. riporta una serie di osservazioni in cui l'adenoma non è stato migliorato sensibilmente dai raggi X e che sono guariti soltanto in seguito alla prostatectomia. I radiologi obbietteranno che i metodi usati erano imperfetti, ma devono ad ogni modo riconoscere che vi sono malati in cui i raggi X non hanno notevole efficacia. A detta stessa dei radiologi, i raggi X sono il trattamento di scelta dell'ipertrofia prostatica iniziale e sono utili anche nei casi più avanzati, purchè il tumore conservi una consistenza molle. Si osserva generalmente sul principio un aggravamento dei disturbi funzionali, ma dopo 6-10 sedute si osservano dei miglioramenti. Tutt'altro è l'effetto nei prostatici cronici; in un solo caso è stato ottenuto un buon risultato in un ritenzionista cronico, un uomo di 63 anni affetto da molto tempo da ipertrofia prostatica, che era costretto a sondarsi 5 volte al giorno. Dopo tre serie di 10 sedute ebdomadarie, interrotte da convenienti riposi, si è osservato un miglioramento manifesto, diminuzione dell'adenoma e, dopo una quarta serie, il malato svuotava bene la vescica ed, anche un anno dopo, non aveva più manifestazioni di cistite.

Teoricamente, la radioterapia dovrebbe fare scomparire l'adenoma prostatico, come fa con un fibroma dell'utero. Ma essa sostituisce del tessuto fibroso a quello adenomatoso ed in tal modo non fa che aggravare la malattia. Di fatto, l'adenoma non è che una manifestazione delle alterazioni del collo. I disturbi funzionali non sono in rapporto con il volume dell'adenoma, anzi al contrario, un adenoma voluminoso dà pochi disturbi, mentre una ritenzione cronica antica coincide con un piccolo adenoma. Quello che è importante è la malattia del collo, la sua ipertrofia ad un tempo fibrosa, muscolare e ghiandolare; non si hanno disturbi di ritenzione con la sola ipertrofia ghiandolare. La radioterapia, ben lungi dal fondere l'adenoma, lo trasforma in tessuto fibroso ed in tal modo aumenta i disturbi.

Di questa trasformazione fibrosa, si ha la prova istologica. In un piccolo adenoma trattato dapprima con i raggi X e poi irradiato, la palpazione non rilevava nulla di particolare, mentre l'esame istologico dimostrò la trasformazione fibrosa, la trasformazione cancerosa ed anche un'iperplasia delle fibre muscolari e fibrose in vicinanza del focolaio di trasformazione neoplasica. Il cambiamento nella natura maligna era del tutto recente.

In complesso, dunque, non si devono toccare i grossi adenomi, altrimenti si creano delle alterazioni del collo a cui può seguire la ritenzione cronica, la quale invece non si osserva nei grossi adenomi. Un'alterazione del collo richiama una ritenzione precoce; in tal caso, l'operazione è obbligatoria ma con l'adenoma, si deve asportare anche il collo; soltanto in questo modo si potrà ottenere la guarigione.

La radioterapia agisce nella pollachiuria, sintoma fragile, accessorio, ma non bisogna scordare che essa può anche dare attività all'elemento epiteliale.

In tutte le ritenzioni acute, si riesce con la radioterapia o con qualunque altro mezzo, poichè esse guariscono anche spontaneamente. Ma nelle ritenzioni croniche la radioterapia non ha che il 3 % di probabilità di riuscita, ciò che è troppo poco. L'eventuale applicazione di raggi X non va fatta alla leggera, in modo rapido, frettoloso, senza particolari indicazioni, ma riservata a qualche caso di ritenzione acuta in individui molto vecchi e lontani dall'operazione. In tutte le altre circostanze, quest'ultima è la sola capace di dare dei risultati definitivi. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

ROUSSY, LHERMITTE, KLIPPEL, WEILL, LÉVY-VALENSI, ecc. *Patologie du Cerveau et du Cervelet*, fascicolo XIX del « Nouveau Traité de Médicine » diretto da Roger, Widal, Teissier. Parigi, G. Masson, 1925, un gr. vol. in-8°.

È un grosso volume di ben 1015 pagine, con 261 figure, 40 tavole in nero e 6 tavole a colori, di cui una doppia.

La patologia del cervello è suddivisa in 13 capitoli, ciascuno dei quali racchiude quanto di più recente oggi si conosce sull'anatomia, la fisiologia, la patologia e la clinica delle malattie dell'encefalo.

I vari argomenti, sebbene affidati a diversi autori, sono svolti organicamente, secondo un metodo nuovo, che tiene di mira meno la trattazione sistematica delle singole affezioni e più la messa in luce dei quadri sintomatici che formano la base della diagnosi.

Fra i capitoli più interessanti meritano di essere ricordati quelli sull'emianestesia cerebrale (G. Roussy e L. Cornie), sulla epilessia jacksoniana (M. Klippel), sui traumatismi del cervello (L. Marchand), sui disturbi circolatori (A. Comte e M. Klippel), sui tumori (G. Roussy e Cornil), sulle encefalopatie infantili (I. Lévy-Valensi).

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il capitolo più ampiamente svolto è quello sul cervelletto, affidato alla rara competenza di A. Thomas, che lo ha arricchito del contributo originale delle sue ricerche sia nel campo anatomico, che in quello sperimentale e clinico.

La disposizione della materia, la suggestività della forma, la originalità e la nitidezza delle illustrazioni e, non ultimo pregio, le note di terapia che chiudono ogni capitolo, rendono particolarmente interessante quest'opera e la pongono in prima linea fra i trattati del genere.

G. FUMAROLA.

P. GILIS. *Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme.* Masson, 1927, 232 p., 35 fig. Fr. 20.

L'interesse che suscita il piccolo trattato scritto dal Gilis, professore di Anatomia all'Università di Montpellier, deriva direttamente dall'essersi l'A. ispirato ed attenuto a due concetti fondamentali: di ridurre la materia trattata alle grandi linee ed ai fatti definitivamente acquisiti; di mostrare l'intimità di rapporti esistenti tra il S. N., così detto della vita di relazione e quello denominato della vita vegetativa.

Chiarezza e precisione sono pregi precipui del libro che, dettato con l'intento di semplificare nella verità per raggiungere la maggiore chiarezza, riesce dal punto di vista didattico un'opera di notevole utilità. D. MASELLI.

WILDERMUTH HANS. *Seele und Seelenkrankheit.* Berlin, Springer, 1926. Mk. 2.70.

È un breve compendio che tratta di argomenti di psichiatria. Dopo avere esposto i vari problemi inerenti all'io ed alle turbe del concetto personale della individualità, l'A. passa a considerare le varie forme di psicosi e la loro diagnosi. È una utile guida a più ampi studi di psichiatria.

TR.

☛ *Rammentiamo l'interessante volume del*

Dott. AZEGLIO FILIPPINI
Dirigente il Reparto di Igiene applicata nell'Istituto sperimentale delle F.F. S.S. in Roma.

Prontuario dell'igienista

Prefazione del Prof. GIUSEPPE SANARELLI
Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Università di Roma.

Manuale compilato con criteri eminentemente pratici ad uso dei medici condotti, degli ufficiali sanitari e di tutti i funzionari addetti alla vigilanza igienica.
Un volume in-8, di pag. XVI-564, stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici e rilegato artisticamente in tutta tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. 52. Per i nostri abbonati sole L. 48,50 franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

STORIA DELLA MEDICINA

Gli albori del giornalismo medico italiano.

A. Castiglioni in un interessante lavoro corredato anche da parecchie incisioni (Trieste, Tip. del Lloyd Triestino) rintraccia le origini del giornalismo medico in genere e di quello italiano in ispecie. Il giornale medico fu in verità preceduto da quello politico; il primo del genere la *Gazzette*, vide la luce a Parigi il 30 maggio 1631 ma, sebbene fondato da un medico, Teofrasto Reanudot, non portava nessuna notizia nè di medicina, nè di altre scienze. Fu soltanto una trentina d'anni dopo, nel 1655 che iniziò le sue pubblicazioni il celebre *Journal des Sçavans*, in cui comparvero ripetutamente articoli e recensioni di medicina. Pochi mesi dopo seguì la pubblicazione della nota rassegna inglese *Philosophical Transactions*, organo della Royal Society di Londra, sorta dall'unione della Società filosofica di Oxford e del Collegio invisibile di Londra, fondato nel 1645 sul modello dell'Accademia napolitana che il Porta aveva istituito nel 1540. Questo periodico ha una grande importanza nella storia della medicina, trovandosi publicati nei suoi fascicoli i lavori di Malpighi, di Leuwenhoek e di altri illustri anatomici e microscopisti.

Anche in Italia le prime origini del giornalismo medico vanno ricercate nei resoconti delle Accademie, di cui i medici erano membri attivissimi; accademie che sebbene chiamate letterarie, erano in realtà scientifiche, poichè il nostro « letterato » corrispondeva allora al « savant » francese. Ed è appunto nei giornali letterari del tempo che noi troviamo le prime dissertazioni di medicina, scritte quasi sempre in forma arcadica, con discussioni placide e cortesi, quando non degeneravano in acri contese intorno ad un caso professionale, le recensioni dei libri erano ridotte ad un frasario ampolloso.

Il primo periodico pubblicato ad imitazione del *Journal des Sçavans*, venne fondato a Roma nel 1668 dall'abate Francesco Nazari e prese il nome di *Giornale dei letterati*. Più ampiamente si occupò delle discipline mediche il *Giornale medico dei letterati* che vide la luce a Venezia nel 1671, fondato dal dott. Pietro Moretti. Può essere ascritta ai giornali anche la *Biblioteca volante* iniziata a Firenze nel 1677 dal dott. Giovanni Cinelli Calvoli, già allievo del Torricelli, nella quale fu collaboratore assiduo il Ramazzini. Era essa destinata, secondo lo stesso Cinelli « a ravvivare la memoria di molte opere già quasi perdute, perchè su fogli volanti stampate, che quasi baleno appena nate svaniscono e per assicurare da così pernizioso accidente quelle che vivono, correndo anch'esse lo stesso pericolo ». Dopo la pubblicazione di sedici *Scansie* (così erano chiamati i fascicoli) il Cinelli, per un incidente sorto col dott. Moneglia, medico del duca Cosimo III, venne incarcerato e la sua Scansia bruciata per mano del carnefice.

Di notevole importanza per la letteratura medica fu il *Giornale dei letterati* fondato dal padre benedettino Bacchini e che si pubblicò a Parma dal 1686 al 1690. I fascicoli, in ottavo, uscivano mensilmente ed erano apprezzati, non solo in Italia, ma anche all'estero. Esso continuò poi a pubblicarsi a Modena fino al 1697, dove ebbe la collaborazione del Ramazzini.

Altri giornali letterari che pubblicavano lavori medici furono: la *Galleria di Minerva* sorta a Venezia nel 1696, il *Giornale dei letterati d'Italia* che ebbe a collaboratore Antonio Vallisnieri e G. B. Morgagni, la *Raccolta di opuscoli scientifici e filologici* fondata nel 1729 dal padre camaldolese Angelo Calogerà e continuata fino al 1787. Fra i diversi periodici che ebbero l'attiva collaborazione dei medici, è da citarsi la *Minerva* (Venezia, 1762), in cui comparvero molti studi sul vaiuolo (Relazione degli innesti fatti in Firenze nel 1756 dal Targioni-Tozzetti, sull'epidemia di Siena, su « una nuova scoperta a suscitare il vaiuolo per contatto »), nonchè una discussione del dott. C. Bassani sull'uso del sublimato.

In questa letteratura erudito-accademica, i medici italiani hanno avuto una parte notevole e spesso, preminente. In un'epoca in cui il commercio dei libri procedeva con tanti impacci, in cui gli studiosi con ritardo e difficoltà venivano a conoscenza delle nuove pubblicazioni e la censura imponeva grandi pastoie, il compito principale dei dotti era quello di segnalare le più importanti e nuove pubblicazioni scientifiche. Opera forse modesta, ma non infeconda, che servì a mantenere vivo il contatto fra gli studiosi italiani, a far conoscere in Italia le pubblicazioni straniere ed, ancor più, a portare all'estero le notizie dei lavori italiani.

IL GIORNALISMO MEDICO PROPRIAMENTE DETTO.

Fu soltanto verso la metà del Settecento che fiorirono quasi contemporaneamente in Italia, in Francia, in Inghilterra ed in Germania i periodici medici propriamente detti. Abbiamo in Italia il *Giornale di medicina* del dott. Pietro Orteschi (Venezia 1763-1775), che ha per programma di riportare « singolarmente i rimedi nuovi colle loro sperienze, i casi rari di strane malattie, le utili descrizioni dei curiosi accidenti, le nuove pratiche osservazioni, le discussioni di nuovi sistemi, le studiose lecite controversie, gli annunzi semplici dei nuovi libri e gli estratti dei medesimi, gli avvisi dei mali che normalmente cor-

rono, col metodo di cura trovato più sicuro, le guarigioni sorprendenti, le famose operazioni chirurgiche... gli avvisi degli onori, delle lauree e dei premi conferiti nei collegi delle Università e delle Accademie, i quesiti e le tesi che da quelle vengono proposte, le vacanze di cattedre, di condotte e di altri posti e le lezioni dei nuovi professori ».

Il giornale usciva settimanalmente in otto pagine in quarto e conteneva nella prima parte sotto il titolo di « *Gazzetta d'oltremonti* » in forma riassuntiva le notizie dei più accreditati giornali stranieri, quasi sempre di fonte francese. In seguito questa rubrica passò alla seconda parte, mentre nella prima presero posto le notizie e gli studi italiani. Come si vede un giornale medico che non ha, si può dire, differenza da quelli odierni e che era ravvivato dagli scritti dell'Orteschi in forma di lettere-prefazione o su argomenti del giorno; ed in queste pagine, scritte con eleganza di forma, con molto brio e con fine senso di polemica giornalistica egli si rivela non solo medico di alta cultura, ma anche giornalista nel miglior senso della parola.

Il successo di questo giornale lo si rileva anche dal fatto che a Parma si venne pubblicando un periodico che altro non era se non una nuova edizione del giornale veneto.

Pure in Venezia, nel 1783 e fino al 1795, si pubblicò il *Giornale per servire alla storia ragionata della medicina di questo secolo*, rispondente piuttosto a tipo di rassegna che a quello di giornale, senza le notizie sui singoli casi e sulle osservazioni pratiche, senza le comunicazioni sui posti vacanti, in complesso meno agile e piuttosto scialbo. Era diretto da Francesco Aglietti, protomedico di Venezia. Nel 1791 comparve a Milano il *Nuovo giornale della più recente letteratura medica chirurgica d'Europa*, che durò fino al 1796 e che era più che altro un riassunto delle pubblicazioni estere.

Raccolte di opuscoli e lavori di medicina si vennero ancora pubblicando a Firenze ed a Milano.

Una parte importante nella storia del giornalismo medico italiano è rappresentata dal *Giornale medico e letterario di Trieste* fondato nel 1790 dal dott. Benedetto Frizzi, nobile iniziativa e coraggioso tentativo di un uomo di vasta erudizione in tempi calamitosi in cui l'asprissima censura comminava multe e gravi pene corporali a chi osasse diffondere stampati non preventivamente approvati dall'imperiale Governo. Il giornale trattava oltre alla medicina, anche materie letterarie, matematiche e filosofiche e, sebbene abbia durato breve tempo, ebbe parte notevole nella storia della cultura, specialmente letteraria della Venezia Giulia. Mancò, nell'ambiente esclusivamente mercantile della piccola Trieste di allora, l'assidua collaborazione degli studiosi, senza la quale non poteva prosperare una siffatta impresa. Ma il nome e l'iniziativa del Frizzi vanno ricordati come quelli di un precursore del movimento che doveva poi dare mirabili frutti in linea nazionale e politica e, con la diffusione della coltura italiana, malgrado le repressioni del Governo di Vienna, doveva preparare la coscienza nazionale.

Maggiore importanza e più grande diffusione incominciarono ad assumere i giornali medici italiani al principio del secolo XIX. Un posto di primo ordine spetta al *Giornale della Società medica chirurgica* di Parma, che va dal 1806 al 1815 ed è il primo giornale italiano che porti vere monografie originali e che sia frequentemente citato anche all'estero. Esso conteneva in una prima parte le memorie e le osservazioni lette alla « Società ». Scopo della seconda parte era poi quello di « far circolare e render comuni le notizie riguardanti le scoperte o novità che interessano l'arte di guarire; e ciò per mezzo d'estratti di opere forestiere, traduzioni di qualche breve pezzo, annunzi e novelle che rendano il Giornale stesso più vario e più adatto al gusto del maggior numero de' lettori ».

A questo giornale, che occupa davvero un posto d'onore nella storia del giornalismo medico, ne seguono ben presto degli altri. A Milano, le *Effemeridi fisico-mediche* (1804-1806) che continuarono nel 1806-1807 sotto il nome di *Effemeridi chimico-mediche*. A Roma, nel 1808, il Flaiani incominciò a pubblicare il *Giornale medico di Roma* che continuò fino al 1813 ed infine Valeriano Brera, medico insigne di vastissima cultura, pubblica a Milano dal 1812 al 1817 il *Giornale di medicina pratica*.

Poi, nell'epoca delle cospirazioni e delle guerre che travagliano la penisola, il giornalismo medico è ridotto a pochissime pubblicazioni di breve durata. Ed appena nel 1838, col *Giornale delle scienze mediche* di Torino e con quello *di chirurgia* di Pavia, si inizia una rifioritura nel giornalismo medico italiano che, col risorgimento politico della Patria, incomincia ad assumere un posto importantissimo nella letteratura periodica della seconda metà del secolo.

La nuova era per il giornalismo medico italiano è segnata dall'opera maravigliosa di Agostino Bertani che, dopo avere lanciato a Milano, nel 1842, la *Gazzetta medica*, nel suo programma del 4 marzo 1850 univa, come felicemente osservò il Messea in un suo interessante studio su « Tre patrioti medici », l'indirizzo scientifico alla nota

patriotica basata sull'idea della unione e della concordia fra gli italiani ».

Il Bertani intendeva formare un giornale medico federativo nazionale, suddiviso in tante redazioni quanti erano gli stati della penisola.

« Fummo Municipali, Provinciali », dice egli nella lettera-programma, « ora vogliamo essere scientificamente italiani. Chi ci farebbe colpa di questa medica aspirazione nazionale? Forse un ardimento? Un'utopia, e che mai per ciò? L'ardimento non è la prima dote per la riuscita? L'utopia! Quante divennero realtà! Se la fede ci mancasse saremmo utopisti ridicoli; colla fede, col buon volere saremmo utopisti compatibili almeno; all'avvenire il giudizio... Noi vorremmo diminuire gli ostacoli scientifici provenienti dalla nostra separazione, vorremmo intenderci meglio e facilitarci l'accordo dei nostri studi; vorremmo appoggiarci di più fra noi perchè dal nostro insieme compatto emerga sempre franca, chiara l'idea della medicina italiana e degnamente venga rappresentata innanzi alle altre opere ».

Era il programma di un medico insigne e di un nobile patriota, degno dell'uomo che doveva al fianco di Garibaldi combattere eroicamente per la liberazione della Patria e dare il primo impulso alla legislazione sanitaria italiana. Con questo programma, nel quale l'idealità della patria si associava nobilmente a quelle del fervido lavoro scientifico, il giornalismo medico italiano entrava nella sua fase definitiva e degnamente assumeva il grande compito di tenere alte le gloriose tradizioni della medicina italiana.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 13 febbraio 1927.

Presidente: Prof. GIUSEPPE PIANESE.

Sul mercato degli stupefacenti dal punto di vista medico legale.

Prof. CESARE COLUCCI. — Col desiderio di concorrere ad arginare, nei limiti della propria competenza, un malanno che incalza a detrimento della pubblica salute e della morale, in vista del nuovo progetto del Codice Penale, porge alle LL. Eccellenze i Ministri degl'Interni e di Giustizia le seguenti considerazioni e proposte:

a) che, essendo il tossicomane, sia nelle fasi inoltrate e sia all'inizio, un malato, con restrizione di coscienza vigile e di libertà, sopratutto in rapporto alla sua tendenza ossessiva, ed al datore di veleno, egli debba essere dalla legge protetto;

b) che, a prescindere dalle sanzioni preventive e punitive circa il contrabbando, precisate dalla legge e dal regolamento vigenti sulle sostanze velenose aventi azione stupefacente (18 febbr. 1923, n. 396, e 9 novembre 1923, n. 2534) il venditore di tali sostanze a scopo d'illecito profitto abbia la imputazione di avvelenamento colposo, ai sensi dell'art. 372 del Codice Penale, opportunamente modificato; chi fabbrica e distribuisce veleni, con la premeditazione della frode, che esercita in proporzioni tanto più criminose in quanto induce debilitamento e pericolo di vita nel compratore, deve essere punito con criteri forse anche meno indulgenti di quelli che hanno indotto il legislatore nel suddetto articolo;

c) che, inducendo, in molti casi, la intossicazione di stupefacenti uno stato depressivo malinconico, con inclinazione più o meno diretta, indiretta, od equivalente al suicidio, il datore di veleno sia eventualmente giudicato in tali casi anche in rapporto all'art. 370 del Cod. Pen. vigente, anche esso opportunamente modificato;

d) che nei diversi casi siano a carico degli avvelenatori computati i danni economici, alla salute e morali;

e) che essendo il commercio abusivo degli stupefacenti quasi sempre legato all'accordo di più interessati ad eludere la legge ed a trarre illecito profitto, si consideri, nei singoli casi, l'aggravante dell'associazione a delinquere.

f) che per la categoria di tossicomani legati alla corruzione ed al vizio, sorpresi, come indica l'art. 10 della legge speciale vigente, in convegni dove si usano le dette sostanze, siano alle pene pecuniarie aggiunte quelle della restrizione della libertà, col carcere o con la detenzione, che avrebbero non solo un maggior valore morale, ma anche quello di un utile ed efficace svezzamento dal tossico, proporzionato alla *ostinazione del vizio* ed alla recidiva.

Nella discussione il compianto sen. prof. LEONARDO BIANCHI volle fare aggiungere, e l'assemblea approvò, che il tossicomane si dovesse considerare un malato pericoloso a sè e ad altri e meritevole d'internamento in case di cura.

I preparati aurici nella cura del lupus eritematoso.

Dott. AUGUSTO ORO. — L'O. espone i risultati ottenuti nella cura della tubercolosi in genere e del lupus eritematoso in particolare, usando vari preparati aurici (Krisolgan, Trifal, Aurofos). Si è fermato specialmente su questi due ultimi che sono finora i meno sperimentati. Ha trattato con essi 52 pazienti di cui 8 affetti da lupus volgar (con risultati quasi nulli), 2 da scrofolodermi (di cui 1 guarito), 2 da tuberculidi papulo necrotiche (di cui 1 guarito), 2 da eritema indurato (di cui 1 guarito, l'altro in corso di cura) e 35 affetti da lupus eritematoso. Di essi 3 sono stati curati col Krisolgan, 23 col Trifal e 10 coll'Aurofos. Di quelli trattati col K. uno solo ancora in corso di cura pare risenta beneficio; di quelli trattati col T. 10 sono guariti o quasi, 5 migliorati più o meno fortemente, 3 han ricavato solo lieve vantag-

gio e 2 non hanno risentito beneficio dalla cura. Di quelli trattati con l'A. ancora in corso di cura, quasi tutti hanno già risentito l'azione curativa del rimedio. Paragonando i risultati personali con quelli degli altri Autori, l'O. ha l'impressione che il Trifal sia un po' meno attivo del Krisolgan, ma che in compenso sia meno tossico. Si augura che l'Aurofos di fronte alla scarsa tossicità, manifesti un alto potere curativo.

Quanto al meccanismo d'azione dei vari preparati aurici nel lupus eritematoso, riconosce che esso è ancora oscuro, sia perchè non è ammessa la costante origine tubercolare di questa malattia, sia perchè anche nella tubercolosi non è ben chiaro il meccanismo d'azione curativo dell'oro. Ritiene verosimile un'azione duplice, cioè una di indole generale sull'organismo nel senso di stimolare i processi naturali di difesa contro l'infezione, aiutando così la tendenza dell'organismo alla guarigione; un'altra diretta, sul focolaio malato, che si traduce nella reazione di focolaio osservata dall'O. in tutti i casi. Quest'azione locale gli sembra la più importante e gli sforzi dei singoli sperimentatori dovrebbero tendere a determinare quali siano le dosi più adatte a produrre una reazione che non solo non riesca dannosa, ma che porti in secondo tempo ad un riassorbimento dell'infiltrato e ad una riduzione dei fenomeni infiammatori.

A. CHISTONI, *Segretario.*

Associazione dei Medici Chirurgi Specialisti di Palermo.

Seduta del 10 marzo 1927.
Presidenza: prof. TEBALDO CIMINO.

La cura del lupus e di altre affezioni cutanee col metodo di Aurègan.

Proff. M. CIPOLLA e G. CASCIO ROCCA. — Gli OO. espongono una loro statistica di 13 casi recentemente curati col metodo di Aurègan, fra gli ammalati dell'Ambulatorio Dermosifilopatico dell'Ospedale S. Saverio ed anche presso l'Ospedale dei Bambini di Palermo. Si tratta di 8 casi di lupus volgare, in 4 di epitelioma ed in uno di bottone d'Oriente. Essi non praticarono alcun altro trattamento locale nè generale, per poter determinare con esattezza il valore terapeutico del metodo.

Gli OO. espongono dettagliatamente e singolarmente i loro casi venendo alla conclusione che per quanto riguarda gli epiteliomi e il bottone d'Oriente, l'efficacia della cura sembra inferiore a quella delle altre ben note e comunemente usate contro queste affezioni, ma che nelle forme di tubercolosi cutanea, specie in quella ulcerata, il metodo di Aurègan merita la più grande considerazione.

T. CIMINO. — Rileva il pregio della odierna comunicazione dei proff. CIPOLLA e CASCIO ROCCA, per i resultati brillanti ottenuti dai colleghi, e in rapporto alle recidive, di solito tanto frequenti e per la semplicità del metodo di Aurègan.

G. FARACI. — Ritiene che il miglior metodo sia quello che, pur guarendo, lascia la minore deturpazione. Da tale punto di vista ricorda la bontà dell'uso del termocauterio, cui egli fa seguire un trattamento speciale, su cui si riserva fare una prossima comunicazione.

ADDARIO. — Rileva la larga esperienza che di epiteliomi della faccia hanno gli oculisti, i quali non si limitano alla asportazione dell'epitelioma, ma provvedono anche alla plastica ulteriore. Rileva la superiorità della escissione cruenta alla cauterizzazione ignea.

VENZA. — A proposito delle cicatrici consecutive all'uso del termocauterio ricorda un caso personale di pustola maligna della regione zigomatica, estendentesi sino alla palpebra inferiore, che cauterizzata largamente e profondamente, guarì con cicatrice piana con semplice applicazione di vasellina.

Terapia del rachitismo.

Prof. CIRO MAURO. — La terapia della malattia, dice l'O., è una vera profilassi d'ordine sociale, in quanto deve proporsi anzitutto di migliorare le abitazioni della povera gente e in genere le condizioni di vita ambientali. Si sofferma sulla benefica azione dei raggi solari, coefficiente terapeutico di primissimo ordine, di cui è ricco il nostro paese. In quanto alla terapia medicamentosa, l'O. si sofferma sul fosforo organico, come quello che conferisce al tessuto osseo la proprietà di fissare i sali di calcio necessari al suo consolidamento e al suo normale sviluppo, e sopratutto sulla sua soluzione oleosa, preferibile — secondo la sua esperienza — ai composti fosfoglicerici.

Prof. L. GIUFFRÈ. — Rileva che il rachitismo dev'essere considerato come una malattia di carenza mista: carenza cioè riferibile alla razione alimentare, ai sali di calcio, alla vitamina A, liposolubile e fisica: di aria, di luce, di sole. Quindi la terapia deve avere di mira principalmente la speciale etiologia del caso.

Prof. FARACI. — Mette in rilievo una osservazione che crede degna di nota: quella cioè che spesso nei ragazzi rachitici esistono vegetazioni adenoidee e ingrossamento bilaterale delle tonsille. Egli ha visto parecchi bambini rachitici, sofferenti di difficoltà del respiro per tali alterazioni, migliorare notevolmente anche nelle condizioni generali dopo che furono sottoposti all'asportazione delle tonsille e delle vegetazioni. Considerando — conclude — la intimità dei rapporti anatomici tra la ipofisi e la volta naso-faringea e la importanza della glandola ipofisaria nello sviluppo somatico e intellettuale dell'individuo, crede giustificato per lo meno il dubbio che tra i fattori che contribuiscono alla genesi del rachitismo possa essercene qualcuno che stia in rapporto con le condizioni anatomo-fisiologiche del cavo nasofaringeo.

Il Segretario: G. CASCIO ROCCA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Aspetti neuropsichiatrici della corea.

F. Ebaugh (*Journ. A. M. A.*, 2 ott. 1926) deduce da numerose osservazioni che i coreici sogliono dimostrare labilità emotiva o facile esauribilità. Sono spesso violenti e sono incapaci di concentrare l'attenzione, specie a scuola. Si spaventano facilmente, con l'effetto, spesso, di un accesso isterico: talora mostrano un'iperattività simile ad uno stato di ipomania. L'A. ha pure notato una spiccata ereditarietà nella corea.

Egli consiglia l'allontanamento dalla scuola, e talora anche dall'ambiente consueto; l'uso di arsenobenzoli che almeno migliorano la crasi del sangue se pure non hanno una più diretta azione; non consiglia l'autosieroterapia. I parenti non debbono essere troppo compassionevoli, nè far credere ai pazienti che sono molto malati, anzi devono persuaderli del contrario, e non lasciar sviluppare in essi idee depressive.

L'A. consiglia pure la rimozione di eventuali focolai infettivi (denti, tonsille). Però G. Moleen non è d'accordo in ciò, perchè questi interventi sono traumi psichici che possono peggiorare le condizioni.

Pensa inoltre che i casi che dimostrano spiccati fenomeni psichici avessero già una tendenza costituzionale, magari ereditaria, ai disturbi psichici.

I rapporti tra corea e delinquenza non sono ben definiti: qualche autore ha trovato la corea relativamente frequente nel passato dei delinquenti

DORIA.

Sindromi paralitiche tardive in individui adulti affetti da spina bifida occulta.

Bufalini M. (*La Chirurgia degli organi di movimento*, dicembre 1926) riassume le conoscenze intorno alle affezioni che sono in rapporto con malformazioni rachidee. Riporta quattro casi di spina bifida occulta con manifestazioni paralitiche tardive. Di essi due hanno speciale interesse: il primo riguardante una donna nella quale, all'età di 22 anni, comparve paralisi spastica degli arti inferiori. L'ammalata presentava deiscenza dei primi tre archi lombari e coesistenza di una voluminosa tumefazione che — asportata chirurgicamente — si mostrò costituita da due parti, una grossa extrarachidea, una piccola intrarachidea, di tessuto lipomatoso includente due lamine ossee, abbondanti nuclei di tessuto muscolare, e fibre nervose raccolte in cordoni rari ma ben reperibili. All'asportazione seguì una paralisi flaccida degli arti inferiori e paralisi degli sfinteri per interruzione delle vie nervose causata dalla resezione delle fibre intratumorali.

L'altra osservazione riguarda un ferroviere di 44 anni il quale quattro anni prima aveva riportato una contusione alla coscia destra. Da un anno circa manifestazioni paralitiche, lentamente progressive, a carico dell'arto inferiore destro, che l'A. attribuicce ad atrofia di fasci radicolari in connessione con la esistenza di una deiscenza dell'arco del 1° segmento sacrale. Accenna al notevole interesse del caso dal punto di vista medico-legale.

F. GRIFI.

Sintomi dell'emorragia subaracnoidea.

F. Phinizy Calhoun (*Journ. amer. med. assoc.*, 2 ott. 1926) fa rilevare che si deve sospettare l'emorragia spontanea subaracnoidea in presenza dei seguenti segni e sintomi. Persona di mezza età, con un attacco che dà l'idea di un'apoplessia ingravescente, accompagnata da cefalea grave, con sintomi meningei (dolore e rigidità al collo, opistotono e forse anche segno di Kernig).

Complicazioni oculari, come disturbi motori, emorragie retiniche ed edema della papilla e liquor sanguinolento.

Trattasi in questi casi di rottura di un aneurisma dell'arteria basilare.

La prognosi è grave, il trattamento chirurgico inefficace. Può però verificarsi la guarigione; sono sempre possibili le recidive.

fil.

TERAPIA.

La cura della peritonite tubercolare.

La base del trattamento è l'elioterapia, che deve essere progressiva, tenendo conto che 30 minuti di un pallido sole di marzo equivalgono a 5 minuti del sole di luglio.

Lo scopo è di ottenere il soleggiamento di tutto il corpo, incominciando dai piedi, passando poi alle gambe, alle coscie, al ventre ed al petto.

Il primo giorno, esposizione dei piedi, a tre riprese; il secondo piedi e gambe, il terzo piedi, gambe e coscie, ecc., sempre a tre riprese. Si arriverà così alla fine della prima settimana, facendo ogni volta il soleggiamento di 20 minuti per i piedi, di 15 per le gambe, di 10 per le coscie, di 5 per il ventre e per il petto. Alla fine del 15° giorno, l'esposizione durerà rispettivamente minuti: 40, 40, 30, 20, 20.

Si curerà la protezione della testa con un cappello od un ombrello, del cuore con una tavoletta, degli occhi con occhiali affumicati. Il bagno di luce sarà seguito da frizioni con alcool.

Si faranno poi ogni due giorni iniezioni sottocutanee di: Jodio met. Joduro di potassio, ana g. 20; Soluzione fisiologica g. 200. Nell'inverno, quando non è possibile l'elioterapia, si faranno ogni 3 giorni spennellature con Ittiolo, Alcool ana; ricoprendo poi con garza.

(*Journ. de méd. de Paris*, 6 dic. 1926).

fil.

Il trattamento della peritonite diffusa.

Il potere battericida delle soluzioni acide è dovuto alla concentrazione degli idrogenioni. L. Schonabauer (*Revue médicale* 27 genn. 1927), stabilisce che la migliore consiste in una soluzione con 4-5 cmc. di acido cloridrico diluito e 1500 cmc. di acqua sterile, a cui si aggiunge un grammo di pepsina, che abbia un potere digestivo di 1/3000.

L'aggiunta di pepsina aumenta il potere battericida della soluzione acida al 3 %; un litro e mezzo di questa soluzione introdotto nella cavità peritoneale di un cane, non vi si ritrova più dopo 5 minuti.

In un caso di peritonite consecutiva a perforazione di ulcera duodenale, la cavità addominale fu largamente irrigata con 3 litri della soluzione e l'addome venne chiuso con sutura a tre piani; il malato guarì.

In un anno, 117 malati vennero così trattati alla clinica dell'A.; la mortalità venne ridotta al 12,8 %, mentre, in simili circostanze essa era dapprima di 52 %.

fil.

La reinfusione sanguigna nell'emoperitoneo.

Sulla scorta di numerose esperienze condotte sui cani R. Paolucci (*Clinica Chirurgica*, ottobre 1926) si dimostra partigiano della reinfusione sanguigna nell'emoperitoneo ritenendo che la reinfusione di sangue rimasto dalle sei alle dodici ore nella cavità peritoneale non dia mai luogo a fenomeni di intolleranza. Questa intolleranza però si rende manifesta quando vi siano notevoli alterazioni morfologiche del sangue.

L'A. ritiene inoltre che i prodotti tossici che danno luogo ai fenomeni d'intolleranza debbano essere considerati come costituiti da prodotti di disintegrazione proteica.

Passando a trattare delle modificazioni del sangue versato nella cavità peritoneale l'A. dice che in generale prima delle 12 ore non avvengono modificazioni notevoli, mentre dopo tale tempo appaiono evidenti e consistono in modificazioni della forma degli eritrociti che, perduto ogni contorno, rassomigliano a macchie con fuoriuscita evidente di emoglobina; parallelamente anche i leucociti perdono il loro carattere divenendo irregolari nei loro contorni protoplasmatici, presentando vacuoli e scomparsa delle granulazioni.

Circa le modificazioni della crasi sanguigna dopo reinfusione si ha, nei confronti con la trasfusione di soluzione fisiologica, che con questo mezzo si aumenta e stabilizza molto più presto il numero dei globuli rossi, facendo avvenire in una settimana circa quelle modificazioni che con la trasfusione di soluzione fisiologica avverrebbero in quattro o cinque settimane.

L'A. crede perciò di poter giungere alla pratica conclusione che è sicuro ed innegabile il beneficio della reinfusione sanguigna da emoperitoneo quando ad essa si proceda con le necessarie cautele.

FILIPPA.

SEMEIOTICA.

Il fenomeno di Rumpel-Leede nell'arteriosclerosi e nell'ipertensione.

Il fenomeno di Rumpel-Leede consiste in emorragie puntiformi della cute dell'avambraccio, in seguito all'applicazione d'un laccio elastico al disopra del gomito. (P. Coccheri: *Minerva Medica*, n. 34, 10 dic. 1926).

Tale fenomeno dapprima fu creduto patognomonico della scarlattina; fu però riscontrato da Grocco, Frugoni e Giugni presente nelle malattie con diatesi emorragica. Il fenomeno fu spiegato come dipendente da una particolare fragilità vasale, sia delle arteriole che dei capillari.

Stephan, che ha fissato delle regole precise per la ricerca del fenomeno, l'ha trovato presente in moltissime altre malattie; in casi con *lesioni dirette* delle cellule endoteliali della parete capillare per veleni, tossine, medicamenti, inanizione, scorbuto e avitaminosi; in casi con *lesioni indirette* causate da disturbi endocrini (disfunzioni ovariche, tiroidee ecc.) ; in casi con alterazioni della milza e del sistema reticolo-endoteliale; infine in casi patologici del sistema nervoso simpatico.

Weismann nell'ipertensione e nell'endocardite lenta ha trovato presente il fenomeno in una buona percentuale di casi.

Il Coccheri ha ripreso le ricerche del segno del laccio negli arteriosclerotici con e senza ipertensione.

La tecnica è quella stabilita dallo Stephan. Gli ammalati sono stati divisi in due gruppi: quelli con pressione arteriosa superiore a 170 mm. di Hg (ipertesi); quelli con pressione inferiore a 170 mm. (arteriosclerosi senza ipertensione).

Su 32 infermi del primo gruppo il segno del laccio fu nettamente positivo in 18, incerto in 6, negativo in 8; su 28 infermi del secondo gruppo, il segno fu netto solo in 2 casi, incerto in 2, negativo in 24.

Da questi risultati appare evidente che il sintomo fu in prevalenza positivo nell'arteriosclerosi con ipertensione; si può quindi pensare che il fattore determinante il fenomeno di Rumpel-Leede sia l'ipertensione piuttosto che le lesioni arteriosclerotiche dei capillari.

Osservazioni di altri AA. escludono però l'ipertensione essenziale come fattore principale; non è neppure accettabile l'ipotesi che la pressione arteriosa abbia un'influenza sulla pressione endocapillare per la produzione del fenomeno; più verosimilmente il segno del laccio è legato a turbe del sistema neuro-vegetativo, e specialmente del simpatico, in accordo con le moderne vedute sul concetto dell'ipertensione cosidetta essenziale.

CARUSI.

Il segno della congiuntiva nel tifo esantematico.

La diagnosi del tifo esantematico è spesso malagevole, non solo nei primi giorni della malattia, ma anche verso la fine, mentre invece sarebbe di grande importanza la diagnosi precoce e sicura per gli scopi profilattici. Non bisogna dimenticare che la stessa reazione di Weill-Felix, che pure è la più importante prova biologica, non ha un valore assoluto.

Th. Janowski (*Wiener med. Wochens.*, 20 marzo 1926) richiama particolarmente l'attenzione sul rossore della congiuntiva, segno di cui ha potuto apprezzare l'utilità nei numerosi casi pervenuti alla sua osservazione.

Si tratta di un'iperemia diffusa della congiuntiva, semplice dilatazione vascolare, senza secrezione patologica; in certi casi invece si può osservare una congiuntivite autentica.

Il sintomo si trova nell'80 % dei casi e permette di eliminare molte malattie infettive; può però trovarsi anche nella influenza.

È difficile potere stabilire con precisione la data di comparsa di questo sintomo; sembra che esso si abbia verso il quinto giorno. La patogenesi può riferirsi all'azione della tossina microbica che provoca una vasodilatazione intensa.

fil.

IGIENE.

Osservazioni sulla fauna anofelica e sulla lotta antimalarica.

D. Falleroni (*Riv. di Malariologia*, 1926, n. 5-6) riferisce le sue ricerche entomologiche sugli anofeli, che lo portano a differenziare nell'*A. claviger* due varietà ben distinte: la var. *messeae*, caratterizzata da uova nere, e la var. *labranchiae*, con uova grige. Esse vengono dedicate ad A. Messea e ad A. Labranca, in omaggio alle loro benemerenze ufficiali nella lotta antimalarica nel nostro paese.

Interessanti osservazioni concernono l'*habitat* degli anofeli. Per quanto riguarda il *claviger*, l'insetto alato si può dire non viva all'aperto; si ricovera e si nutrisce nelle abitazioni, nelle stalle, nei porcili. Poco dopo schiuso o deposte le uova, abbandona il luogo, sicchè attorno alle paludi ed ai pantani non si riesce mai a catturarlo. Esso è il più domestico degli anofeli, assai più che il *superpictus* che, d'altronde, è molto meno diffuso e limitato all'Italia meridionale. Del tutto campagnuolo è il *pseudopictus*, che vive all'aperto e si nutre sugli animali bradi, trovandosi assai raramente nei ricoveri. Al contrario di queste due specie, che sono palustri, l'*A. bifurcatus* è silvestre, pur trovandosi anche in paludi, ma sempre in vicinanza di macchie e di boschi.

La fauna anofelica delle risaie non differisce da quella delle paludi ed è rappresentata anch'essa principalmente dal *claviger* var. *messeae* e dal *pseudopictus*. Nessuna differenza riscontra l'A. fra gli *anopheles* delle risaie innocue e le malarigene; nemmeno il sistema di coltivazione del riso (a circolazione d'acqua o ad acqua stagnante) influisce sullo stato sanitario delle risaie, dacchè in entrambi i casi esse costituiscono vivai di anofeli. La ragione della differenza va invece ricercata nella bonifica agraria che, dove esiste, rende la risaia innocua.

Per quanto riguarda la lotta antimalarica, l'A. osserva che i metodi attualmente in uso sono insufficienti allo scopo. Non vi è bisogno, egli dice, di discutere l'efficacia della profilassi chininica: basta accennarne gli inconvenienti, fra cui l'inattuabilità; difficile e ricca di insuccessi, come mezzo sociale di lotta, è la cura radicale dei malarici nelle zone infette.

Non grande assegnamento si può fare sulla difesa meccanica; non pratica è quella individuale; quanto a quella delle abitazioni, che ha suscitato sul principio tante speranze, non è diffusa, rara-

mente è regolare, non è compresa e poco o niente utilizzata, nemmeno dagli uffici che hanno il compito della bonifica. Essa poi, anche se attuata in piena efficienza, non elimina del tutto il pericolo, perchè il *claviger* punge anche all'aperto in vicinanza delle abitazioni.

L'uccisione delle alate con sostanze insetticide e le fumigazioni non sono mezzi pratici. La caccia invernale, su cui lo stesso A. nutriva molta fiducia, non dà risultati confortanti ed essa, anche attuata col rigore di un esperimento, non riesce a diminuire il numero delle alate. Poca fiducia ha anche l'A. sui mezzi larvicidi, specialmente nelle zone malariche che, come le Paludi Pontine, sono rappresentate da vaste e numerose raccolte idriche (circa 533 km. in manutenzione da parte di un Consorzio di Bonifica). Anche i pesci larvicidi non portano sempre un grande beneficio, poichè non è a dire che la *Gambusia* distrugga sempre tutte le larve e non è raro trovare di queste anche dove le gambusie sono abbondanti.

Nessuno dei mezzi di lotta, osserva l'A., raccoglie il consenso di tutti i malariologi, ciò che dimostra come tali mezzi non siano di assoluta efficacia; l'insufficienza delle nostre risorse era, del resto, già stata dimostrata dal Sanarelli. Eppure esistono non dubbi casi di risanamento di regioni già malariche e gli esempî in Italia non sono pochi. Basti pensare alle zone risicole del Novarese, Vercellese, ecc., per convincersene. La ragione della differenza dello stato sanitario tra le zone risicole risanate e quelle non bonificate risiede nel fatto che nelle prime vi sono molti animali domestici stabulati, che formano più centri di richiamo per le *anopheles*, le quali si nutriscono su di essi, mentre nelle seconde mancano gli animali stabulati e le numerose *anopheles* invadono la abitazioni e pungono l'uomo

La soluzione del problema è legata a quella di due importanti problemi agricoli: la produzione del grano necessario al nostro paese e l'estensione della coltura del riso. Ora il risanamento spontaneo e la produzione dell'*anofelismo senza malaria* possono, secondo l'A., essere estesi, riprodotti e perfezionati, facendo sì che l'azione protettrice degli animali si attui nel modo migliore. Per evitare gli insuccessi che si sono avuti nelle Paludi Pontine, in cui la coltura del riso si è accompagnata a infezioni malariche dei coltivatori, non sono sufficienti i mezzi profilattici consueti anche se rigorosamente applicati, ma bisogna rendere obbligatoria la difesa animale o zooprofilassi, a cui si deve il risanamento delle zone risicole dell'alta Italia.

fil.

VARIA

Gonadi e caratteri sessuali secondari.

Il prof. L. Castaldi espone nella *Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia* gli studi finora fatti sull'influenza delle glandole sessuali o gonadi sulla differenziazione dei caratteri sessuali secondari.

La nozione che le gonadi presiedono alla mascolinizzazione e femminilizzazione degli individui è molto antica, ed è in effetti affermata anche da Oribasio (325-400 d. C.).

Le gonadi, una volta formatesi, eccitano con ormoni vari la formazione di tutti quei caratteri secondari che danno l'impronta manifesta del sesso ed inibiscono la produzione di quelli del sesso opposto. Gli esperimenti di castrazione, di sostituzione e di trapianto delle glandole sessuali hanno dimostrato che tale principio vale per tutte le specie di animali.

Gli studi fatti su i vermi, su i crostacei e su gli insetti hanno provato che questi animali non sfuggono alla legge comune, ma i fenomeni più evidenti e quindi più interessanti si sono avuti nei vertebrati.

Negli anfibi Nussbaum trovò che la castrazione totale provoca la scomparsa della callosità del pollice durante la fregola. Ciò fu confermato da Harms, il quale constatò anche che innestando un testicolo ricomparve la callosità. Steinach trovò che nelle rane castrate sparisce il riflesso di abbracciamento copulatore, che, come è noto, è inibito dall'encefalo, per modo che si produce anche fuori della fregola nelle rane scerebrate. Donde s'infierisce che durante la fregola si producano sostanze capaci di attenuare l'inibizione cerebrale.

Poll e Goodale trovarono che sulle anatre la castrazione dei maschi non prova modificazioni del piumaggio, mentre quella delle femmine lo modifica avvicinandolo al tipo maschile. Lo stesso si ha nelle galline, ma siccome esse non mettono cresta e bargligli pur modificando il piumaggio e gli speroni somigliano ai maschi castrati. Questo tipo di pollo rappresenterebbe una forma neutra asessuale.

Franz trovò che dopo la castrazione di pecore di ambo i sessi il bacino dei maschi castrati somiglia a quello delle femmine castrate, ma in entrambi è differente da quello normale dei due sessi. Le ricerche di Marshall, Tandler, Grosz e Keller sugli animali cornuti (pecore, buoi, renne) tenderebbero a dimostrare che la castrazione in ambo i sessi non provoca modificazioni con avvicinamento ai caratteri del sesso opposto, ma la

produzione di una nuova forma, la forma asessuale, che Tandler considerò come un ritorno al tipo originale, fondamentale.

Steinach nel ratto maschio castrato riscontrò riduzione del pene, della prostata, delle vescichette seminali, modificazioni del contegno sopra tutto dell'aggressività verso la femmina e gli altri maschi.

L'ovariectomia provoca atrofia dell'utero e delle mammelle, ma l'estirpazione dell'uno come delle altre non provoca modificazione degli altri organi della sfera sessuale.

Gli innesti crociati o eterosessuali non hanno dato effetti conclusivi nelle mani degli sperimentatori che per primi se ne occuparono. Steinach, Sand ed Athias impostarono meglio gli esperimenti praticando l'innesto dopo la castrazione, ossia dopo aver prima neutralizzato l'animale. Ma anche in queste condizioni sono frequenti gli insuccessi. Quando l'innesto attecchisce si ha una netta modificazione dei caratteri sessuali somatici e psichici, mascolinizzazione della femmina e viceversa. Ratti e cavie maschi giovani castrati e con innesto di ovaia presentano minore sviluppo dei genitali che nel castrato semplice; invece si sviluppano le mammelle con capezzoli più lunghi che nella femmina normale; le forme, le dimensioni corporee, il pelame ricordano quelle femminili; psichicamente questi maschi presentano riflessi sessuali femminili e sono inseguiti dai maschi come se fossero femmine. Meno facilmente riesce la mascolinizzazione delle femmine castrate. Quando l'innesto testicolare attecchisce la clitoride cresce fino a diventare un piccolo pene; l'utero e le mammelle restano infantili; lo scheletro e la musculatura crescono ancora più che nei maschi giovani; si ha forte sessualizzazione in senso maschile, per modo che queste femmine inseguono le femmine normali e lottano con i maschi.

Steinach e Sand sono riusciti ad ottenere ermafroditi sperimentali innestando in soggetti castrati contemporaneamente tessuto testicolare ed ovarico.

Zawadowsky ha ottenuto negli uccelli l'inversione del sesso: l'ovaia destra viene atrofizzata per modo che rimane allo stato di cordone sessuale primario rappresentante le cellule maschili e poi si asporta l'ovaia sinistra funzionante; la glandula destra si sviluppa trasformandosi in testicolo mentre contemporaneamente si sviluppano i caratteri secondari del maschio.

Champy tenendo maschi di Triton alpestris a digiuno giunse a sopprimere quasi totalmente il testicolo, con il quale scomparivano la maggior parte dei caratteri sessuali maschili, salvo la papilla cloacale (equivalente morfologico del pene) e punti gialli al dorso che mancano nella femmina. Tornando ad alimentare l'animale si sviluppa di nuovo la gonade ma sotto forma di ovaia, ed allora regrediscono la papilla cloacale ed i punti gialli al dorso e man mano che l'ovaia s'ingrossa appaiono i caratteri femminili.

Una quistione molto dibattuta è quella riguardante la determinazione delle parti delle gonadi che secernono gli ormoni che influiscono sullo sviluppo dei caratteri sessuali secondari. Bonin ed Ancel ritennero che essi fossero secreti dalle cellule di Leydig. Le successive investigazioni precisarono la importanza al riguardo degli elementi interstiziali. Ora si comincia a ritenere di nuovo che l'influenza ormonica sull'organismo avvenga attraverso il riassorbimento di materiali specifici del tessuto germinativo. Si ritorna così alla vecchia concezione del Mantegazza. Così il Pende ritiene che siano i processi che si svolgono nelle cellule follicolari dell'ovaio ad avere la maggiore importanza tanto nella formazione e nutrizione della cellula-uovo, quanto nell'elaborazione della secrezione interna ovarica e in tutto il processo complicato del ritmo genitale femminile. Ed il Bruni ritiene che gli effetti delle gonadi sull'organismo non siano nemmeno tutti ormonici, ma che dipendano in parte da rapporti vascolo-nervosi e che l'ormone sessuale sia la risultante del passaggio in circolo di molteplici prodotti delle gonadi.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FEDERICI NICOLINO. *Nota sul semplicismo in Medicina e in Chirurgia.* — Milano, A. Rancati, 1926.

ID. *Caratteristico ventre laparocelico: ernia ombelicale ed ernia inguinale destra in bambina di otto anni. Cura radicale. Guarigione.* — Milano, A. Rancati, 1926.

FIAMBERTI A. M, *Tendenze odierne della psichiatria in Francia.* — Pesaro, G. Federici, 1926.

GENTILE NICOLA. *La spinoterapia.* — Napoli, Industria Tip. ed affini, 1926.

ID. *Spinoterapia d'urgenza.* — Milano, A. Rancati, 1926.

GRAZIADEI G. *La propaganda igienica fatta coi cartelli ammonitori.* — Roma, Tip. Coop. Sociale, 1926.

HOFFMANN W. H. *Nuevos experimentos sobre la avitaminosis en batracios.* — Habana, Revista Med. y Cir., 1926.

JORGE RICARDO. *Les pestilences et la convention sanitaire internationale.* — Lisbonne, Institut central Hygiene, 1926.

LOMBARDI ANTONIO. *Osservazioni clinico-terapiche sull'azione dell'uva ursina e del suo glucoside*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Provvedimenti per gli impiegati degli enti locali.

Dispense dal servizio. Ordinamenti speciali. Deroghe al divieto di miglioramenti economici.

NOZIONI LEGISLATIVE.

A) Il decreto 30 gennaio 1927 n. 214, pubblicato nella *Gazz. Uff.* del 1° marzo, n. 49, dispone: « sono estese agli impiegati agenti e salariati delle provincie, dei Comuni, delle aziende assunte in gestione diretta dagli enti predetti e delle istituzioni pubbliche di beneficenza, le disposizioni dell'art. 51, 4° comma e dell'art. 52 del r. d. 30 dicembre 1923 n. 2960 sullo stato giuridico degli impiegati civili dell'amm.ne dello Stato, modificato dal r. d. gennaio 1927 n. 57. La dispensa è pronunziata dal Prefetto, salvo per il personale dipendente dal Governatorato di Roma, nei confronti del quale è pronunziato dal Governatore. Contro la dispensa è ammesso soltanto il ricorso al Ministro per l'Interno, che decide con provvedimento definitivo ».

La disposizione *dell'art.* 51, 4° *comma* è questa: « è dispensato l'impiegato che per manifestazizoni compiute in ufficio o fuori d'ufficio non dia piena garanzia di un fedele adempimento dei suoi doveri o si ponga in condizioni di incompatibilità con le generali direttive politiche del Governo ».

L'art. 52 soggiunge: « All'impiegato proposto per la dispensa dal servizio è fissato un termine per presentare, ove creda, le sue deduzioni ».

B) Il R. D. legge 17 febbraio 1927 n. 223 pubblicato nella *Gazz. Uff.* del 3 marzo n. 51, ha disposto che « fino al 31 dicembre 1927 le disposizioni del r. d. 16 dicembre 1926 n. 2123 potranno essere estese ad altri Comuni o ad amministrazioni provinciali, mediante decreto del Ministro per l'interno, con la decorrenza che sarà di volta in volta stabilita nel decreto stesso. Il decreto del Ministro dovrà essere pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* ».

(Il dcreto che eventualmente potrà essere esteso ad altri Comuni o ad amministrazioni provinciali riguarda l'ordinamento degli uffici e dei servizi del Comune di Milano).

C) Il decreto legge 17 febbraio 1927 n. 228, pubblicato nella *Gazz. Uff.* 5 marzo n. 53 concerne i miglioramenti economici: « Nonostante il disposto dell'art. 1 del r. d. l. 16 agosto 1926 n. 1577, le provincie, i comuni e le istituzioni pubbliche di beneficenza possono essere autorizzati dalla G. P. A. a concedere miglioramenti di trattamento economico per il loro personale quando le relative deliberazioni abbiano formato oggetto, anteriormente alla data di entrata in vigore del citato r. d. lege, di pronuncia interlocutoria della Giunta stessa ovvero riguardino proroghe di concessioni temporanee già approvate anteriormente alla data suddetta e contengano la indicazione dei mezzi finanziari per far fronte alla spesa entro le disponibilità ordinarie del bilancio. In ogni caso, dette deliberazioni non possono aver corso se non abbiano preventivamente riportato la omologazione del Ministero dell'interno ».

OSSERVAZIONI ESPLICATIVE.

Prescindendo dal secondo decreto che ha, almeno ora, limitata importanza in quanto attribuisce al Ministro per l'interno il potere di estendere ad amministrazioni comunicali e provinciali il decreto 16 dicembre 1926 che riguarda l'ordinamento degli uffici e dei servizi del Comune di Milano, gli altri due provvedimenti legislativi hanno carattere attuale e generale. Il primo è certamente più importante e richiede brevi delucidazioni.

L'art. 51 del r. d. 30 dicembre 1923 n. 2960, modificato dal r. d. 6 gennaio 1927 n. 57, prevede varie ipotesi di dispensa dal servizio: *a*) inabilità per incapacità o per motivi di salute o scarso rendimento; *b*) interesse del servizio; *c*) inettitudine alle mansioni del grado, a meno che l'amministrazione ritenga di poter utilizzare l'impiegato nel disimpegno delle mansioni del grado immediatamente inferiore; *d*) manifestazioni compiute in ufficio e fuori di ufficio, per le quali l'impiegato non dia piena garanzia di un fedele adempimento dei suoi doveri o si ponga in condizioni di incompatibilità con le generali direttive politiche del governo.

Di queste quattro cause di dispensa, *soltanto l'ultima è stata estesa*, dal Decreto 30 gennaio 1927 n. 214, *agli impiegati, agenti e salariati delle provincie e dei Comuni, delle aziende assunte in gestione diretta dagli enti stessi e delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.* È utile che sia ben precisato questo punto, per evitare applicazioni errate o estensive.

Organo competente a provvedere alla dispensa è *soltanto il Prefetto*: si fa eccezione per il Go-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

vernatore di Roma. L'impiegato proposto per la dispensa ha diritto di difendersi. A tal fine deve essergli assegnato un termine per presentare le sue deduzioni.

Il Prefetto non può delegare ad altri organi questa attribuzione, che gli è demandata dalla legge. Il provvedimento del Prefetto non ha carattere definitivo, perchè contro di esso è ammesso ricorso al Ministero dell'interno nel termine di 15 giorni dalla comunicazione. Definitivo è il decreto del Ministro, che pronuncia sul ricorso; sicchè contro di esso è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, nel termine di giorni 60 dalla notificazione (o in via straordinaria al Re nel termine di giorni 180) per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere.

Ciò quanto alla forma, al procedimento ed ai rimedi. Circa i motivi che possono determinare la dispensa è da rilevare che deve trattarsi di *manifestazioni*, cioè di estrinsecazione concreta, sia pure non a scopo finalistico di propaganda: non è quindi sufficiente uno stato d'animo o un pensiero, che non si concreti in una manifestazione esteriore, la quale deve essere positivamente accertata e provata.

Le accuse private sono purtroppo facili, quando le muova un interesse; ma il Prefetto deve indagare e accertare se il fatto è positivamente provato e se è tale che possa costituire base seriamente apprezzabile di un giudizio di incompatibilità con le generali direttive politiche del Governo o di minore garanzia di adempimento fedele dei doveri dell'ufficio. Opportunamente questo potere delicatissimo è stato attribuito ai Prefetti, i quali dovranno e generalmente sapranno farne uso molto accorto e prudente per evitare deviazioni involontarie ma possibili purtroppo nei piccoli ambienti per la pressione di interessi.

Opportuno è anche il rimedio del reclamo gerarchico al Ministero, essendo possibile, per questa via, un sindacato anche di merito, salvo poi il ricorso di legittimità in sede giurisdizionale.

Provvede, dunque, un'autorità che può accertare e valutare i fatti e le prove fuori dell'ambiente comunale; il diritto di difesa è assicurato; i rimedi giuridici rendono possibile anzitutto un controllo anche di merito e poi il sindacato di legittimità.

Il decreto concernente il trattamento economico è sufficientemente chiaro: stabilisce determinate eccezioni al divieto temporaneo dei miglioramenti economici.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XV. — Ipotesi di responsabilità per colpa della pubblica amministrazione in relazione a concorsi.

La domanda di risarcimento di danno, anche se promossa contro una Pubbl. Amm.ne, non può fondarsi, salvo che la legge attribuisca in casi speciali diritto ad indennità, che sulla violazione colposa di un diritto. Non costituisce pertanto tale violazione l'avere la Pubbl. Amm.ne reso noto ad alcuno dei concorrenti al pubblico impiego l'esito del concorso, prima della regolare pubblicazione, poichè nessuna disposizione di legge impone in materia il segreto. E neppure si ha tale violazione nel caso di omessa trasmissione entro otto giorni al Prefetto per il visto di esecutorietà del provvedimento di nomina dei vincitori del concorso, poichè il suddetto termine di otto giorni è stabilito dall'art. 265 della L. Com. e prov. 4 febbraio 1915 nel pubblico interesse e non già in vantaggio del privato, il quale non ha perciò diritto a risarcimento ove tale trasmissione non venga regolarmente eseguita. Infine neanche può costituire la cennata violazione colposa il non avere la Pubbl. Amm.ne data comunicazione al concorrente, già incluso nel provvedimento di nomina e poi revocato, del reclamo avanzato da altro concorrente, escluso nel detto provvedimento, e che prima della pubblicazione del provvedimento stesso sia venuto a sapere della sua esclusione; ciò non costituendo violazione di alcun diritto subbiettivo, che potesse spettare, a termini delle leggi vigenti, e non avendo a tal riguardo la Pubbl. amm.ne impegni di sorta.

L'abuso non può dar luogo a risarcimento se non si risolve in una violazione del diritto di chi il risarcimento pretende.

(Corte di Cassazione S. U. sentenza 21 ottobre, 7 dicembre 1926, n. 3179, ricorrente De Santis).

☛ ***Pubblicazione indispensabile:***

Dott. Cav. Uff. ALBERTO VIGO (Doctor Justitia).

LA LEGISLAZIONE SANITARIA

:: in rapporto all'esercizio professionale ::

(Manuale contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che si riferisce all'esercizio professionale, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitarii e del personale addetto ai laboratori di vigilanza igienica).

Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati sole L. **13.75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Roma.

Nella sala della Commissione Reale per la Provincia a palazzo Valentini si è adunato il Consorzio provinciale antitubercolare.

Presiedeva il senatore Pietro Baccelli ed erano presenti il vice presidente della Provincia gr. uff. Giuseppe Ceccarelli, il conte Carosi Martinozzi, il comm. Montani, il comm. Pirani, v'erano inoltre il senatore Marchiafava, il rappresentante del Ministero dell'Interno prof. Cellini, il vice prefetto comm. Del Vecchio, il rappresentante del Governatorato dott. Villetti, il medico provinciale prof. Sirleo, il prof. Fedele, il prof. Candella ed il prof. Franchetti.

Il sen. Baccelli ha accennato agli scopi della riunione ed a quelli del Consorzio provinciale antitubercolare istituito nel 1924.

I capisaldi della sua azione furono concretati nel seguente programma:

Istituzione di dispensari antitubercolari e centri di accertamento diagnostico per la tubercolosi;

Ricoveri ed assistenza dei malati sia nelle forme iniziali e suscettibili di facile e rapida cura e guarigione; sia nelle forme più gravi e negli stadi più avanzati della malattia; sia nelle speciali forme di tubercolosi ossea o ghiandolare;

Propaganda antitubercolare;

Ricoveri dei bambini per misura di prevenzione e di difesa;

Coordinamento, integrazione e disciplina delle istituzioni antitubercolari.

Il Consorzio deve contare quasi esclusivamente sulle sue entrate ordinarie, le quali erano fino al 1° gennaio 1927 costituite dai contributi dei comuni consorziati in ragione di L. 0.10 per abitante e dal contributo della Provincia. E poichè la popolazione della Provincia era allora di circa 1,500,000 abitanti, il concorso dei Comuni poteva salire a L. 150,000, alle quali si doveva aggiungere il contributo della Provincia stanziato in L. 75,000. Quindi complessivamente le entrate presunte ammontavano a L. 225,000. Dicesi presunte perchè in realtà le entrate effettive sono di gran lunga inferiori. Perciò si rivolgeva istanza al Ministero dell'Interno per aiuti finanziari, chiedendo al Prefetto che la quota consorziale fosse elevata a 20 centesimi per abitante. Da parte sua la Provincia elevava il proprio contributo fin dal 1926 da L. 75,000 a L. 150,000. Il Prefetto emetteva il richiesto decreto e così a partire dal 1° gennaio 1927 le entrate del Consorzio raggiungono L. 450,000

Questa somma globale è però tuttora insufficiente a svolgere un programma quale il Governo richiede.

La Presidenza perciò nel maggio 1926 rimetteva al Ministero dell'Interno una elaborata memoria sulle necessità economiche dell'Ente, reclamando adeguati provvedimenti.

Ad eccezione della città di Roma in tutto il resto della Provincia non esistevano dispensari antitubercolari e centri di accertamento diagnostico.

Si iniziarono perciò trattative con i diversi circondari e quanto prima sarà inaugurato in Velletri il Dispensario antitubercolare istituito quasi *ex-novo* col concorso del Comune, del Consorzio e di quella Congregazione di Carità.

Così pure in Civitavecchia, superate le difficoltà di indole ambientale, si è dato mano senz'altro ai lavori di costruzione di un apposito edificio.

Per gli altri tre circondari le trattative inoltrate sono state interrotte perchè quei Capoluoghi di circondari sono stati elevati a Capoluoghi di Provincia e quindi ormai non fanno parte del Consorzio Provinciale antitubercolare di Roma e dovranno provvedere da per se stessi.

Il problema dei ricoveri e dell'assistenza ai malati, in qualunque stadio si presentano, è quello più grave ed attualmente di più difficile soluzione.

Calcolando in 2500 i morti per tubercolosi nella nuova circoscrizione provinciale, ed elevando la percentuale solo ad 8 ammalati per ogni morto, per risalire dalla mortalità alla morbilità, si ha che il umero degli ammalati nella Provincia di Roma si aggira in cifra tonda sui 20,000. E, fermandosi sopra questa cifra, certamente inferiore al vero, la Provincia di Roma invece è dotata del seguente numero di letti così divisi:

Ospedale Umberto I, letti 470; Sanatorio Cesare Battisti, letti 80; Sanatorio Privato « Igea », letti 30; Sanatorio Divina Provvidenza, letti 150.

A questi si possono aggiungere altri 70 letti, di cui 30 in un piccolo locale di isolamento all'Ospedale di S. Giovanni, e 40 al Policlinico Umberto I, in 2 baracche Docker; 250 letti del Campo Sanatoriale di Anzio, riservati per ora ai soli militari.

Una sottocommissione, all'uopo nominata, ha visitato molte località della Provincia per scegliere il posto, che per il sanatorio almeno deve rispondere a molteplici requisiti: altitudine dai 500 ai 700 metri; protezione dai venti, assolato, non lontano dal centro abitato, prossimità di un bosco, abbondanza di acqua, facilità di comunicazioni.

La sottocommissione ha fermato specialmente la sua attenzione ad una località in territorio di Guarcino, che parrebbe rispondere ai requisiti richiesti.

Per il tubercolosario invece, la sottocommissione avrebbe scelto una località distante pochi chilometri da Roma.

Per un ricovero in un Sanatorio moderno la spesa non è inferiore a L. 1000 mensili per individuo. Quindi un malato costa non meno di

12,000 lire annue. Nella Provincia di Roma occorrerebbe spedalizzare 2500 malati, dei quali 2000 almeno poveri; quindi la spesa minima per i ricoveri si aggirerebbe sui 24 milioni annui. Il Consorzio dispone invece per tutta la sua azione solo della centesima parte, cioè può ricoverare solo 20 malati. Come potrà dunque provvedere ai ricoveri? Da ciò si deduce che la lotta contro il flagello della tubercolosi si risolve in una questione di mezzi finanziari.

Il Consorzio di Roma, mentre potrà con i mutui previsti dalla legge del 1919 provvedere alla costruzione del Sanatorio e del tubercolosario, si trova invece impossibilitato a risolvere il problema delle degenze.

Già nel 1926 il Consorzio sia con mezzi propri ma più specialmente coi contributi del Ministero dell'Interno, ha distribuito alle varie istituzioni, ben lire 327,000 per integrarne l'opera. Occorre però che questi aiuti siano concessi dopo esatta conoscenza dei fini, dei bisogni e della reale azione che gli Enti svolgono. E ciò specialmente per ovviare che tali aiuti, già di per se stessi scarsi, vadano dove meno è sentito il bisogno.

L'opera di coordinamento che il Consorzio deve svolgere è maggiormente necessaria oggi col rifiorire e ringagliardire della lotta nella coscienza nazionale. Ed è anche più opportuna in Roma ove hanno sede molte istituzioni che con le finalità consorziali hanno tanti punti convergenti.

Al sen. Baccelli ha risposto il sen. Marchiafava compiacendosi dell'opera già svolta.

Ente Antitracomatoso per la Provincia di Lecce.

Il Prefetto della Provincia di Lecce ha dato il buon esempio.

È noto come il tracoma sia diffuso, più o meno intensamente, in tutta l'Italia; come questo male sottragga una notevole somma di energia alla Nazione di cui la fonte precipua di ricchezza è il lavoro dei suoi componenti; come la lotta contro il tracoma sia tuttora di scarsa efficacia, più che per la incertezza dei mezzi curativi, per la mancanza di coordinazione e di larghezza nell'impiego di essi; come il Salento sia tra le regioni più colpite dal contagio.

Esistono nella Provincia pochi ambulatori antitracomatosi, pochi e però impari al bisogno.

Il Prefetto comm. Giovanni Selvi come medico ha compreso la gravità del problema, e come fascista prontamente ne ha cercato, per la via più diretta, la soluzione. Dato incarico al prof. Michele Pansini, veterano della lotta contro il tracoma, di preparare una relazione sull'argomento, il giorno 4 marzo corrente ha radunato in un'aula della Prefettura un gruppo delle autorità mediche e amministrative della Provincia più direttamente interessate nella questione, ed ha esposto il suo proposito e il suo programma. Quindi fu ascoltata la relazione dotta, precisa, ordinata del prof. Pansini su le condizioni che favoriscono il diffondersi della malattia e su i provedimenti necessari per arrestare questa diffusione.

Infine il Prefetto ha dimostrato la urgenza di istituire in ogni Comune della Provincia ambulatori antitracomatosi, diretti da competenti; ha trattato della necessaria propaganda di educazione igienica della popolazione.

Tutta questa impresa civile ed umana deve essere opera di un Ente, del quale il comm. Selvi ha detto le fonti del finanziamento e tracciato il programma di azione.

La discussione seguita alla esposizione del Prefetto ha dimostrato il pieno consenso in esse di tutti gli autorevoli intervenuti.

Si è proceduto alla nomina dei componenti il consiglio dell'Ente.

Frattanto già il prof. Pansini a Lecce e il prof. Chiatante a Maglie iniziano i corsi teorico-pratici di perfezionamento per i medici non specialisti che saranno a capo degli erigendi ambulatori.

Questi primi fatti dimostrano la energia dei propositi del Prefetto dott. Selvi e la praticità dei suoi procedimenti.

Prof. Nicola Chiatante.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Altivole (*Treviso*). — Cond. med.-chir. Stipendio L. 8000. Indennità trasp. L. 2500; c.-v. di legge; assegno uff. san. L. 600. Alloggio con fitto di L. 500 annue. Tassa L. 50.20. Scad. 10 maggio, ore 18. Informazioni presso la locale Segreteria Comunale.

Bisacquino (*Palermo*). — Proroga 15 maggio; L. 8500 e addizionale, 5 quinquenni dec., c.-v. ridotto del 25 %; ab. 10,350; unico centro, superfice territorio kmq. 65.

Campagnano di Roma (*Roma*). — Al 15 mag., ore 17; L. 9500; c.-v.; addizionale L. 4 oltre 1000 pov. e L. 5 oltre 2000; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 10 apr.

Cantalupo Sabino (*Perugia*). — Scad. 10 mag.; L. 10,500, oltre L. 400 uff. san.; tassa L. 50.

Chioggia (*Venezia*). — Per S. Anna e Cavanella d'Adige; L. 9000, indenn. c.-v. e trasp.; alloggio gratuito. Scad. 30 apr.

Ferrara. — Scad. 30 apr., per Denore; L. 9800 e 5 quadrienni dec.; L. 3000 complementari; lire 2500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

Forlì. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Forlì; titoli ed esami; L. 14.000 oltre L. 2000 serv. att., doppio c.-v., 10 bienni del ventes. calcolati su anni di serv. prestati comunque e dovunque presso pubbliche amministrazioni; L. 2000 supplementari; ha. 22794; ab. 51889; divieto di esercitare la professione nonchè qualunque altra mansione od ufficio. Scad. 15 giugno. Età lim. 45 a. Chiedere annunzio.

Gargnano (*Brescia*). — Scad. 30 apr.; ab. 1260; pov. 200; L. 10,000 e 6 quinquenni dec.; c.-v.; L. 2000 trasp.

Gonzaga (*Mantova*). — A tutto 10 mag.; capoluogo; L. 8500, oltre c.-v. in L. 1480 se celibe, L. 2370 se coniugato; L. 2500 trasp.; L. 400 carcere; L. 1300 uff. san.; L. 500 direz. Osped.

NOVARA. *Consorzio Antitubercolare provinciale.* — Medico direttore; esame; un anno di prova; conferme quadriennali; L. 36.000, oltre diarie e indennità di servizio retribuite secondo R. D. 20 feb. 1922; divieto professione. Rivolgersi presidente (Palazzo della Provincia) entro il 31 mag. Chiedere annunzio.

PARETO (*Alessandria*). — Scad. 15 mag.; consor. con Moglia; L. 7000 per 70 pov. circa; indenn. L. 500; in corso aumenti a L. 8000 e 2000 rispettivam.; se uff. san. L. 800; età lim. 45 a.

PEGLIO (*Pesaro*). — Scad. 30 apr.; consor. Peglio-Urbino; L. 8000 oltre L. 3000 cav., L. 1000 assegno spec., L. 386 tangente, L. 400 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

PIEDIMONTE ETNEO (*Catania*). — L. 9000 e 4 quinq. dec.; non è corrisposta indenn. trasp.; scad. 30 gg. dall'inserzione nel Bollett. dell'Assoc. Naz. Med. Condotti; età lim. 40 a.; docum. a 3 mesi dall'8 apr.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 8 tenenti med. in serv. perm. nel Corpo San. Milit. Maritt. Scad. 5 maggio. Vedi fascicoli 9 e 13.

SANT'AGOSTINO (*Ferrara*). — A 1 mese dal 1° aprile, per San Carlo; L. 9500 e L. 2000 (variab.) cav.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi.

SORANO (*Grosseto*). — Per Sorano-Elmo-Montebono; L. 10,500 e quadrienni dec., oltre assegno L. 800 per i coniugati e L. 300 per i celibi; L. 1000 per cavalc., senz'obbligo di tenere il cavallo; scad. 30 apr.

VEJANO (*Roma*). — A tutto 12 mag.; L. 10,800 e 5 quadrienni dec.; addizion. L. 4 oltre i 1000 poveri; c.-v. in L. 100 mens.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 10 apr.; serv. entro 15 gg.

ZAGAROLO (*Roma*). — Al 20 mag.; L. 9500 e addiz. L. 4 oltre 1000 pov.; c.-v. in L. 1200; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a. al 22 mar.; tassa L. 50.10.

ZELOBUONPERSICO (*Milano*). — Scad. 1 mag.; lire 14.700. Chiedere bando.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. G. Mingazzini è stato ad unanimità eletto Membro corrispondente della Società dei Medici di Vienna, presieduta dal celebre chirurgo prof. Eiselsberg, e contemporaneamente nominato Socio Onorario della Società Neuropsichiatrica di Washington, alla cui Università è stato invitato per tenere conferenze scientifiche.

Il dott. Edward William Alton Ochsner è nominato professore di clinica chirurgica alla « Tulane University » di New Orleans. L'Ochsner conseguì la laurea appena 7 anni or sono, a St. Louis. Fu assistente di Clairmont a Zurigo e di Schmieden a Francoforte; ritornato in America, venne nominato istruttore di chirurgia alla « Western Reserve University » di Cleveland e poi professore assistente di chirurgia all'Università di Wisconsin a Madison; ora passa ad occupare il posto lasciato vacante dal ritiro del prof. R. Matas.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione della Stampa Medica Scientifica italiana.

È stata diramata la seguente circolare:

Dal 28 al 30 aprile avrà luogo a Parigi la « Première Réunion de la Presse Médicale Latine ».

Sono all'ordine del giorno:

1) Modificazione della terminologia medica;
2) Proprietà letteraria e stampa medica;
3) Funzione della stampa medica nella organizzazione e nei resoconti dei congressi.

Vengono accettate comunicazioni e conferenze su argomenti relativi alla stampa medica.

Sarò lieto di farle spedire il programma del Congresso e la scheda d'adesione, se Ella desidera intervenire. La quota è fissata in 50 franchi per i collaboratori dei giornali medici; per i giornali è di lire 100 se non appartengono e di 60 se appartengono all'Associazione.

I nostri soci possono partecipare alla riunione, iscriversi alla discussione degli argomenti posti all'ordine del giorno o presentare comunicazioni su temi di loro scelta.

Ella può comunicare a me le Sue decisioni.

Cordialmente Suo V. ASCOLI.

Congresso Italiano di Medicina Legale.

Il III Congresso della Società Italiana di Medicina Legale, indetto per l'ottobre del decorso anno e rinviato per ragioni di forza maggiore. si riunirà in Firenze nei giorni 30 maggio-1° giugno.

Relazioni ufficiali saranno le seguenti: 1) prof. G. G. Perrando: « La Medicina Legale Italiana nell'ultimo decennio »; 2) prof. S. Ottolenghi: « La Medicina legale e la Polizia scientifica »; 3) prof. C. Biondi: « L'importanza del fattore costituzionale nel determinismo, nel danno e nella liquidazione degli infortuni del lavoro »; 4) prof. R. Romanese e prof. F. Leoncini: « L'intossicazione da ossido di carbonio ».

Al Congresso possono partecipare tanto i Soci della Società Italiana di Medicina Legale, quanto i non Soci e possono aderire anche Enti che si interessino a questi studi. La quota di iscrizione è di L. 30 per i Congressisti e di L. 50 per gli Enti.

I partecipanti potranno eventualmente usufruire dei ribassi ferroviari che verranno concessi in occasione delle Esposizioni e delle Mostre che nella stessa epoca si terranno in Firenze (e cioè: 1° Esposizione Internazionale dell'incisione; 2° Esposizione Nazionale di Belle Arti; 3° Mostra storica del libro antico illustrato; 4° Mostra fotografica del paesaggio toscano).

I Congressisti che intendano presentare al Congresso qualche comunicazione sono pregati di inviare il titolo della medesima prima del 30 aprile, affinchè possa essere compilato il programma definitivo con l'elenco completo delle comunicazioni.

Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. F.

Leoncini. Le quote per la iscrizione dovranno essere inviate al segretario cassiere dott. Augusto Antonini, Istituto di Medicina Legale, Firenze, via degli Alfani 33, dove ha sede la Segreteria del Congresso.

Il Congresso di radiologia medica.

Nella grande aula del reparto di medicina del Policlinico di Perugia, venne inaugurato, l'11 aprile, il VII Congresso della Società italiana di radiologia medica alla presenza delle autorità, del Corpo accademico, della Facoltà di medicina e di numerose personalità mediche della città e della regione.

Parlarono il prof. Polimanti, della R. Università di Perugia, il prof. Milani, docente di radiologia nell'Ateneo perugino e il prof. Tandoia.

Dello svolgimento dei lavori daremo prossimamente notizia.

Conferenza internazionale sul gozzo.

La Commissione Svizzera per il gozzo annunzia che una Conferenza internazionale è indetta a Berna dal 31 agosto al 2 settembre; sarà presieduta dal dott. H. Carrière, presidente della commissione. Lingue ufficiali saranno il francese, l'inglese, l'italiano e il tedesco.

Sono messe in discussione l'anatomia patologica e la fisiologia patologica della tiroide, l'eziologia, l'epidemiologia e la profilassi del gozzo. Per informazioni rivolgersi alla Commissione (Bollwerk 27 - Berna). I partecipanti alla Conferenza potranno ottenere alloggio e vitto in albergo, ai prezzi giornalieri di 12, 14, 17 e 22 franchi svizzeri, se ne faranno richiesta.

Congresso internazionale di zoologia.

Il X Congresso internazionale degli zoologi si terra a Budapest dal 4 al 9 settembre. È stata costituita una nuova Sezione, che interessa medici e biologi; è destinata alla *Citologia sperimentale;* in essa riferiranno sulla coltura artificiale dei tessuti A. Carrel di New York, G. Levi di Torino, R. G. Harrison di New Haven, R. Erdmann di Berlino, A. A. Krotowski di Kiel (quest'ultimo sul tema: « Come la coltura dei tessuti ha contribuito alla soluzione dei problemi della patologia, particolarmente a quelli del cancro e dell'immunizzazione »); N. Chlopin di Leningrado e A. Timofejewsky di Tomsk tratteranno dell'origine del connettivo ematogeno e tipi cellulari affini; von Mollendorf di Kiel tratterà il tema « Colorazione vitale e citologia sperimentale ». Per informazioni rivolgersi al prof. Erdmann, Nassanischestr. 17, Berlin-Wilmersdorf.

Congresso internazionale di ortopedia.

Il VI Congresso annuo della « Società internazionale per i bambini deformi » si è adunato il 16 e 17 febbraio u. s. a Cincinnati. Una novità del Congresso fu la radiodiffusione del programma, mediante la stazione W. L. W.

Federazione contro la tubercolosi.

Come è noto nella recente Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, che si è tenuta a Washington nello scorso autunno, la Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi ha ottenuto l'alto successo che l'Italia venisse scelta come sede del futuro Congresso Internazionale, che avrà quindi luogo in Roma nel 1928.

La Presidenza della Federazione è sicura che tutte le forze fattive nel campo sanitario del nostro Paese non mancheranno di stringersi intorno alla Federazione, affinchè tale importante manifestazione italiana della Crociata antitubercolare internazionale riesca degna delle nuove fortune della nostra Patria.

La Federazione rappresenta oggi il centro di riunione di tutti quelli che si sentono degni di cooperare a valorizzare anche in questo campo il nostro Paese, e chiede quindi che ogni medico invii la personale adesione o quella dell'Ente che rappresenta.

La quota individuale per i federati è di L. 20 annue, quella degli Enti varia da L. 100 a 300, a seconda dell'importanza dell'istituzione.

Per ogni informazione desiderata scrivere alla Segreteria della Federazione contro la tubercolosi, via Toscana 12, Roma.

Associazione Cardiologica Americana.

Si è adunata il 7 febbraio nella Thomson Hall del Collegio Medico di Filadelfia. Il programma comprendeva anche una trattazione popolare dei problemi cardiologici.

Per la cura del cancro negli Stati Uniti.

Il sen. M. M. Neely della Virginia Occidentale ha presentato un progetto di legge innanzi al Senato, per lo stanziamento di 5 milioni di dollari — pari incirca a 100 milioni di lire it. — destinati a promuovere la scoperta di una cura efficace del cancro. Il progetto prevede la nomina di una Commissione composta di tre eminenti studiosi, nominata dal presidente della Repubblica, la quale presterà la sua opera senza compenso, ma verrà indennizzata delle spese vive per le quali è fissata la somma di 25.000 dol., pari a mezzo milione di lire it. La Commissione è autorizzata a saggiare l'efficacia di tutte le cure del cancro che le verranno proposte.

L'Istituto di Medicina Coloniale di Parigi.

Durante il 1926 è stato frequentato da 52 allievi, di cui 16 francesi e 32 stranieri. L'Istituto venne fondato nel 1902 da Blanchard; esso prepara i medici per i servizi coloniali. Dalla sua fondazione ha rilasciato 624 diplomi, di cui 304 a francesi e 320 a stranieri.

In Francia esistono altri due Istituti del genere, a Marsiglia e a Bordeaux; in essi la percentuale dei francesi è più alta, poichè i medici coloniali francesi si reclutano di preferenza nelle grandi città marittime e non a Parigi.

Istituto per le ricerche mediche nel Michigan.

Il 10 febbraio venne inaugurato ad Ann Arbor un Istituto per le Ricerche mediche, fondato in memoria di T. H. Simpson, con la somma di 450.000 dol., pari a circa 10 milioni di lire, donati dalla vedova, di cui metà impegnati per la costruzione e l'altra metà per il funzionamento.

L'Istituto sorge di fronte all'Ospedale Universitario, il quale gli fornirà l'assistenza infermiera e i servizi accessori; esso è destinato in specie allo studio dell'anemia perniciosa. Consta di tre piani; comprende otto laboratorî, di cui uno chimico, uno batteriologico, uno per ricerche generali di patologia e cinque per ricerche di ematologia; un piano è destinato al ricovero dei malati; ne fanno anche parte un'aula d'insegnamento, una biblioteca e uno *stabularium*.

Nuova scuola Medica nell'India Olandese.

È assicurata la creazione di una Scuola medica, durante il 1927, a Weltevreden; l'intero corso comprenderà sei o sette anni, ma i primi due, preparatorî, si terranno alla « Nederlandsch Indische Artsen School » di Surabaya.

Notiamo che nelle Indie Olandesi già esiste una Scuola medica, a Giava. Essa comprende sei anni di corso; è stata frequentata nell'ultimo anno da 33 europei, 11 cinesi, 145 giavanesi, 93 sumatresi, ecc.

Nuova scuola Medica nella Carolina Settentrionale.

Una Scuola Medica verrà annessa alla Duke University di Durham. Ne è stato nominato decano il dott. Wilburt Cornell Davison, il quale provvederà all'organizzazione della Scuola e presiederà alla costruzione degli ospedali e degli altri edifizi destinati ad essa.

Ospedale Israelitico a Filadelfia.

Il 6 febbraio venne posata a Filadelfia la prima pietra del « Jewish Hospital », edifizio dell'importo di 750.000 doll. (15 milioni di lire it.), prima tappa di un programma della « Federation of Jewish Charities » che importa la spesa complessiva di 4 milioni di doll. (80 milioni di lire it.).

Viaggio d'istruzione per medici.

Il quinto dei viaggi d'istruzione per i medici alle stazioni di cura (V. I. M.), organizzati annualmente dall'ENIT, avrà luogo dal 27 giugno al 4 luglio con l'itinerario seguente: Riva di Garda, Arco, Comano, Molveno, Habbi, Jejo, Passo del Tonale, Casino Boario, S. Pellegrino, Fonte Bracca, Bognanco.

Il viaggio si svolgerà parte in automobile e parte in treno speciale. Esso è riservato ai medici ed agli studenti di medicina, che vi si possono iscrivere presso l'ENIT, non oltre il 31 maggio. Al particolare interesse scientifico presentato dalle località che saranno visitate, si aggiungeranno in questo viaggio le attrattive turistiche offerte dalle magnifiche zone alpine percorse.

Le conferenze alla Società Italiana di Eugenica.

Il Consiglio direttivo di questa Società prosegue la serie di relazioni e discussioni su i più urgenti problemi che interessano la difesa sociale contro le malattie sessuali.

Il prof. Vincenzo Montesano ha trattato il tema dell'ereditarietà luetica. Dinanzi ad un pubblico denso di medici, scienziati, studenti e signore, egli ha tracciato il triste quadro del flagello sifilitico, ed ha esposto i mezzi di difesa più certi per rendere meno virulento il male, che la scienza combatte con accanimento e con fede di vincerne, se non totalmente, almeno in parte, gli effetti disastrosi.

Corso d'igiene e di pronto soccorso per le impiegate.

Per iniziativa dell'Opera Impiegate e nella sua sede in via Tor de' Specchi n. 4, Roma, si tiene un rapido corso d'igiene e di pronto soccorso. Le lezioni corredate di proiezioni vengono impartite ogni lunedì ed ogni mercoledì da docenti della Scuola Samaritana: prof. Vincenzo Giudiceandrea (pronto soccorso per affezioni mediche); prof. Arnaldo Biasiotti (anatomia); dott. Venceslao Fraschetti (germi infettivi e igiene della casa) e prof. Manin Amante (pronto soccorso per affezioni chirurgiche).

Il corso è gratuito e può essere frequentato da tutte le impiegate, socie o non socie e dalle loro famiglie.

Conferenze igienico-sanitarie diffuse per radiofonia.

L'Università di Arkansas ha istituito delle conferenze settimanali su temi igienico-sanitarî, diffuse per mezzo della stazione radiofonica KUOA. La serie delle conferenze venne inaugurata il 6 gennaio dal prof. C. C. Bass, decano della Tulane University di New Orleans, che svolse il tema « Il trattamento della malaria »; il 27 gennaio F. C. Banting, dell'Università di Toronto (Canadà), svolse il tema « Alcuni aspetti del trattamento del diabete »; tra gli altri conferenzieri segnaliamo: W. J. Mayo di Rochester, F. Smithies di Chicago, ecc.

Intercambi colturali.

Il prof. Henry Fredericq di Liegi ha tenuto alla Fondazione Mayo di Rochester (Stati Uniti) una conferenza sulla « Trasmissione umorale dell'azione nervosa ».

Il prof. Alfred Adler di Vienna ha tenuto nella sala dell'Accademia di Musica di Filadelfia una conferenza su « Che cosa è realmente la psicanalisi? ».

Nel giornalismo medico.

La « Rivista Italiana di Terapia », a periodicità mensile, è diretta dai proff. P. Castellino e P. Marfori e ne è segretario di redazione il prof.

G. Morinari. Il nuovo periodico intende seguire il largo e benefico movimento odierno nel campo terapeutico — scopo supremo della medicina — a beneficio dei medici pratici. Risulta di lavori originali, note, conferenze, recensioni, notizie.

Il valore dei direttori e del redattore, la solerzia dell'editore A. Rummo — ben noto al pubblico medico italiano attraverso la «Riforma Medica — offrono le maggiori garenzie sulla bontà dell'intrapresa, cui auspichiamo un pieno successo.

Per la coordinazione dei servizi sanitari negli Stati Uniti.

L'8 marzo 1926 l'on. Parker presentava un progetto di legge per la coordinazione dei servizi sanitari pubblici negli Stati Uniti. Esso verrà in discussione prossimamente. Il *Journal A. M. A.* (5 feb. 1927) ne rileva i vantaggi di fronte ad altri progetti, fra cui quello di lasciare al Presidente della Repubblica il potere discrezionale di decidere in merito ai trasferimenti di servizi da uno ad altro dicastero e di non creare uffici nuovi.

Per sopperire alla deficienza di medici nei distretti rurali degli Stati Uniti.

In seno alla Società Medica dello Stato di Arkansas, adunatasi a Little Rock, si è discussa la opportunità di promuovere una legge che autorizzi gli studenti della Scuola statale di medicina, i quali abbiano completato gli studi preparatori, di praticare nelle comunità dei distretti rurali, per periodi non eccedenti quindici mesi, allo scopo di assicurare l'assistenza medica in comunità che abbiano non più di un medico registrato.

Il centenario di Lister.

Con solennità pari all'importanza dell'avvenimento si è celebrato in Inghilterra il centenario della nascita di Lister.

A Londra convennero delegati di tutti i Paesi civili e di tutte le parti dell'Impero; l'Italia era rappresentata dal prof. Roberto Alessandri, direttore della R. Clinica chirurgica di Roma. Le cerimonie ufficiali furono inaugurate il 6 aprile, con un ricevimento ai delegati da parte del Sovrano, nella Sala del Trono; parlò il presidente della Società Reale lord Rutherford, cui rispose il Sovrano con un'elevata allocuzione.

I delegati furono poi ricevuti presso l'Associazione Medica Britannica, ove parlarono il presidente del Consiglio dei Ministri on. Baldwin, il presidente della Società Reale lord Rutherford e per i delegati stranieri il prof. Henri Hartmann di Parigi e il prof. Max Ritter von Rubner di Monaco.

Presso la Società Reale, nella Barnes Hall, si tennero tre magnifici discorsi: su Lister quale fisiologo, da sir C. S. Sherrington; su Lister quale patologo e batteriologo, da W. Bulloch; e su Lister quale chirurgo, da sir B. Moynihan. Nella stessa Società ebbe luogo anche una «conversazione» in cui furono fatte interessanti comunicazioni e fu proiettata una cinematografia scientifica del dott. Canti; vi era stata anche preparata un'esposizione di cimeli, tra cui alcuni listeriani; notiamo una copia del telescopio usato da Galileo.

Altre solenni cerimonie si tennero al King's College Hospital, all'University College Hospital, alla Reale Società di Medicina, al Collegio Reale dei Chirurgi d'Inghilterra, ecc., ecc.

Un'esposizione listeriana è stata allestita nel Museo Storico della Medicina Wellcome; essa fu inaugurata il 7 aprile con discorsi del direttore dell'Ufficio Wellcome per ricerche scientifiche. di C. M. Wenyon, di sir StClair Thomson, del prof. A. Young, di sir W. W. Cheyne; la mostra rimarrà aperta fino a maggio.

Un'esposizione di strumenti chirurgici impiegati da Lister venne anche raccolta al Collegio Reale dei Chirurgi, dal nipote e biografo sir R. Godlee.

Altre cerimonie si sono svolte il 1° aprile a Glascow, in ricordo degli anni trascorsi da lord Lister in quella Università e in quella Reale Infermeria, ove egli iniziò la sua grande opera.

Altre commemorazioni si sono tenute nel paese nativo di Lister, Upton in Essex. Altre ancora a Toronto (Canadà) e altrove.

Le cerimonie sono risultate degne dell'Inghilterra e del genio di Lister.

Per il centenario di Pinel.

Il Congresso dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei Paesi di lingua francese ha già consacrato alla memoria di Pinel — del quale ricorreva il centenario della morte — la seduta inaugurale del suo 30° Congresso, adunatosi a Ginevra il 2 agosto scorso.

La «Société médico-psychologique», desiderosa, a sua volta, di rendere un omaggio al grande alienista, e contando sull'appoggio di altre Società mediche, ha deciso di organizzare una cerimonia commemorativa, che avrà luogo il 30 e il 31 maggio, sotto la presidenza del ministro del lavoro e dell'igiene André Faillières. Il comitato d'onore è presieduto dal presidente della Repubblica.

L'organizzazione è assicurata da sovvenzioni. Eventuali sottoscrizioni volontarie possono essere indirizzate al tesoriere dott. Mallet, avenue Mozart 22, Paris (16e). Se le risorse saranno bastevoli, verrà impressa una targhetta commemorativa.

Le comunicazioni, adesioni, ecc., vanno indirizzate al segretario generale dott. Henry Colin, rue Gay-Lusser 22, Paris 5e.

La cerimonia coinciderà con quella pel centenario di Vulpian, con la riunione neurologica annuale e con altri convegni.

Si terranno anche banchetti e ricevimenti ufficiali.

Il prof. Keen.

Il dott. William W. Keen, professore emerito di propedeutica e clinica chirurgica al Jefferson Medical College di Filadelfia, ha celebrato il 19 gennaio u. s. il suo 90° compleanno.

All'ordine del giorno.

È stato citato all'ordine del giorno della Nazione francese il giovane medico Pietro Falgairolle, il quale, dopo aver dato il suo sangue sette volte ad ammalati gravi, bisognosi di una trasfusione, è morto a 27 anni come conseguenza probabile dei ripetuti salassi rinnovantisi a troppo brevi intervalli.

Condanna di un medico.

La 16ª Camera del Tribunale Correzionale di Bruxelles ha condannato un medico all'interdizione temporanea della professione, per infrazione alla legge sugli stupefacenti. Secondo la legge, il medico che continuasse l'esercizio professionale durante l'interdizione, incorrerebbe nella pena della prigione per la durata di 15 giorni a 6 mesi.

Per la repressione del commercio degli stupefacenti.

La Reale Accademia medico-chirurgica di Napoli ha inviato al Governo un memoriale affinchè voglia provvedere con la massima rigorosità a reprimere il commercio degli stupefacenti.

Nel detto memoriale si chiede anche che vengano modificati gli articoli 370 e 372 del Codice penale vigente, rendendo le pene più severe.

Ufficio bibliografico.

La direzione del « Biblion », ufficio italiano per la ricerca bibliografica, con sede in Roma, si è trasferita da Banco Santo Spirito 21 in via del Governo Vecchio 78; l'amministrazione ha sede in via Napoleone III 70.

Gli ospedali degli Stati Uniti.

Da meno di 3000 nel 1906 sono aumentati a 6896 nel 1925, e i letti da 300,000 incirca sono passati a 837,000. (Dal *Jl. A. M. A.*).

Un referendum.

La rivista mensile *La Clinica Ostetrica* indìce un referendum sui seguenti argomenti:

1) Se si deve largheggiare nella isterectomia complementare al taglio cesareo o circoscrivere solo in casi ben definiti la demolizione utero-ovarica.

2) Se si deve circondare di speciali restrizioni e nette indicazioni mediche, non solo volontarie o sociali, la pratica della sterilizzazione della donna.

3) Se i figli delle donne con bacini viziati presentino una speciale minorazione fisica o psichica.

4) Se convenga nelle isterectomie lasciare almeno un ovaio o trapiantarlo, oppure invece se non convenga aggiungere anche la ovariectomia.

Le risposte ad uno o tutti i quesiti vanno indirizzate alla direzione della *Clinica Ostetrica* (prof. Gaifami, presso la Clinica Ostetrico-Ginecologica di Bari).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 10 nov. — A. CALMETTE e al. Trasmissione intra-uterina del virus tbc. dalla madre al feto.

Paris Méd., 6 nov. — Numero sulle mal. dei fanciulli.

Journ. d. Prat., 10 nov. — L.-A. DEMELIN. Difficoltà della versione provenienti dall'utero.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 7 nov. — G. MARCIALIS. Tbc. e costituzione.

Clínica y Labor., lug. — ESCUDERO. Infarti multipli del polmone consecutivi ad operaz. sull'addome. — DEVESA. Le ernie inguinali nell'infanzia.

Med. Italiana, ag. — BRUNI. Ricambio dell'acqua e del clor. di sodio. — BOSCHI. Neuropatologia e specialità med.-chirurgiche.

Brazil-Médico, 18 sett. — Nefriti croniche. — FERREIRA. L'eroina nel trattam. dell'emottisi.

Münch. med. Wochns., 22 ott. — MAYR e MONCORPS. Eosinofilia e milza. — ACHERMANN. Lavoro sportivo e cuore. — HERMANNSDORFER. La chirurgia degli organi urinari.

Deut. Med. Wochns., 22 ott. — ASCHOFF. Le condizioni per la formaz. di calcoli biliari. — BERGMANN. Le colecistopatie. — FIORI. Il morbo di Basedow e la chirurgia. — STRAUSS. Guarig. spontanea del carcinoma.

Mal. App. dig. et Nutrition, ott. — LABBÉ e RECHAD. Disturbi della secrez. esterna del pancreas nel diabete. — SCHAPP. Infantilismo intestinale.

Rev. Med. Barcelona, sett. — GALLART MONÉS. Gastropatie croniche dolorose emorragiche senza ulcere. — TRENCHS. Trattam. delle setticemie post-traumatiche.

Journ. Méd. Paris, 18 ott. — LAQUERRIÈRE. Reazioni delle deformazioni rachitiche ai raggi U. V.

Riforma Med., 25 ott. — D. LEOTTA. Iperglicemia provocata e esaltazione carbonica nel diab. e altri stati morb.

Riv. Clin. Med., 30 sett. — G. AVEZZÙ. Stasi venosa provocata quale prova dello stato funzion. d. miocardio.

Lancet, 13 nov. — W. E. GYE. Il probl. del cancro. — A. J. WATSON. Diagn. chirurgica del dolore stern.

Journ. de Méd. de Paris, 8 nov. — M. LABBÉ. Trattam. d. mal. di Basedow con l'iodio.

Evolut. Tthérap., ott. — G. JEANNENEY. Trattamento medico del cancro.

Deut. Med. Woch., 12 nov. — RAECKE. Psicopatologia del criminale. — ROTHSCHILD. Remoz. dei calcoli urinari.

Münch. Med. Woch., 12 nov. — Lavori di radiologia. — SMITH. Ferite da sport. — BITHORF. Patologia dei surreni.

Clin. ed Igiene infant., 15 nov. — E. MENSI e S. SEGAGNI. Tossina e anatossina difterica nell'immunizzaz. attiva contro la difter.

Rev. Tunis. Sc. Méd., lug. — Numero sulle « Giornate Mediche Tunisine ».

Riv. Ospedal., ott. — R. TATA. L'endocardite maligna.

Rif. Med., 1 nov. — F. SANFELICE. Vaccinaz. e vaccinoter. paratubercolari. — G. PANSINI. Croup primitivo e pseudo-croup.

Journ. de Med. de Lyon, 5 nov. — Numero su J. Teissier.

Paris Méd., 13 nov. — P. DE POLLAZZI. Per combattere la ritenz. urinosa cronica nei prostatici senza il cateterismo.

Giorn. Ital. Dermatol. e Sifilol., ott. — T. SCOMONAZZI, M. ARTOM. Morbo di Darier. — G. FALCHI. Localizzazioni cutanee di *Trichophyton* e *Achorion*.

Münch. Med. Woch., 19 nov. — MORAWITZ. Le cause delle malattie. — HAMBURGER. La psicologia in pediatria. — HARBERLAND. Genesi dei calcoli biliari.

Deut. Med. Woch., 19 nov. — BIRCH-HIRSCHFELD. La diagnosi visiva. — MUCH. Soluzione matematica del problema dei lipoidi.

Revue de Méd., 5. — FERRU. Insufficienza epatica nei vomiti gravi della gestazione.

Journal A. M. A., 30 ott. — G. M. DORRANCE e G. W. WAGONER. Innesti ossei osteo-periostei. — C. F. BURNAM. Il morbo di Hodgkin. — O. MARINE, J. E. ELSE. Il gozzo.

Minerva Med., 20 nov. — F. BUA. Nuova proprietà terapeutica dell'aglio. — A. MIROLLI. Mediastinite consecutiva a flemmone ligneo del collo.

Rass. Intern. Clin. e Ter., sett. — F. P. TINOZZI. Influenza della simpaticetomia cervicale nell'autoplastica ed omeoplastica cutanee.

Arch. di Antrop. crim., ecc., lug.-ag. — G. BERTOLONI. Annullamento di matrimonio. — V. CESARIS DEMEL. Avvelen. da stricnina. — J. PRIMAN. Significato atavistico dell'ectopia renale.

Soc. d. Hôp., 11 nov. — L. AMBARD e al. Angina di petto migliorata con l'insulina. — A. PANAYOTATON. Ascesso epat. guarito con trattam. medico.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — E. A. GRAHAM. La cistifellea. — J. S. McLESTER. L'ipertensione sang. — S. A. LEVINE. Trattam. della tachicardia parossist. auricol. — G. C. FREEMAN e al. Trasfus. di s. — G. H. HYSLOP. Meningite sporotricosica.

Riv. Clin. Med., 15 ott. — G. CORONEDI e P. M. NICCOLINI. Avvelenam. da *Amanita verna*.

Journ. A. M. A., 6 nov. — P. D. W. Prognosi dell'angina pectoris e della trombosi della coronaria. — A. U. DEJARDIN. Stimolazione e immunità in radioterapia.

Med. Klinik, 19 nov. — R. SALUS. Trattam. medicament. della cataratta iniziale.

Brit. Med. Journ., 20 nov. — Numero sul trattamento saturnino del cancro.

Journal Nerv. a. Ment. Dis., nov. — S. PATON. Disciplina delle attività dello spirito. — B. KARPMAN. Psicosi nei criminali.

Arch. de Med., Cir., ecc., 20 nov. — G. ICHOK. Tumori maligni provocati dall'esercizio di una professione.

Medic. Ibera, 20 nov. — J. A. URRA. Sindrome dei corpi striati di origine vascolare.

Pathologicâ, 15 ott. — A. ORSI. Contenuto in glucosio dei liquidi patologici delle grandi sierose e suo valore diagnostico. — M. DALLA PALMA. Cancro e sarcoma in uno stesso rene.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Nuove nostre edizioni:

Riordinata ed aggiornata senza mutarvi l'originale indirizzo EMINENTEMENTE PRATICO, molto ampliata ed arricchita di parecchie nuove figure, abbiamo pubblicata la

3ª edizione del

Manuale di Pediatria Pratica

del PROF. DOTT. MARIO FLAMINI

Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università, Direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma.

Un volume in-8°, di pagg. XII-452 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 118 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **55,** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. **50,** in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 — ROMA.

Abbiamo pubblicata anche la

4ª Edizione notevolmente ampliata, con 84 figure intercalate nel testo del libro

IL BAMBINO

Consigli d'Igiene alle madri Italiane

del PROF. DOTT. FRANCESCO VALAGUSSA

MEDICO DELLA FAMIGLIA REALE - DIRETTORE E PRIMARIO DEL PREVENTORIO PER LATTANTI « EMILIO MARAINI » - MEDICO PRIMARIO DELL'OSPEDALE INFANTILE « BAMBINO GESÙ » - DOCENTE DI CLINICA PEDIATRICA NELLA R. UNIV. DI ROMA.

Un volume di pagg. XVI-244, nitidamente stampato su carta uso mano, con bellissimo dipinto a olio di G. A. SARTORIO, riprodotto in tricromia, sulla copertina. Prezzo L. **25,** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. **22.90,** in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 — ROMA.

ANNO XXXIV Roma, 2 Maggio 1927 Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MAGGIORE DI S. GIOVANNI BATTISTA E DELLA CITTÀ DI TORINO.
DIVISIONE MEDICA diretta dal prof. L. FORNACA.

Sui rapporti tra melitensis ed abortus. L'intradermoreazione nella melitense con antigene-abortus

per il dott. FRANCESCO BUA.

Com'è noto ha dominato finora incontrastata la dottrina che b. melitensis e b. abortus per quanto abbiano in comune taluni caratteri batteriologici, patogenetici ed epidemiologici, siano due germi del tutto distinti: l'uno agente eziologico della febbre melitense che l'uomo contrae abitualmente per contagio diretto od indiretto dalle capre infette, le quali sarebbero diremo così le ospiti di elezione del germe e l'altro agente eziologico dell'aborto epizootico dei bovini.

Questa dottrina è rimasta fondamentalmente immutata anche dopo che gli studi fatti negli anni successivi (1898-1912) alle scoperte di Bruce (1887) e di Bang (1897) hanno messo in luce l'esistenza di rapporti d'intimità non comuni tra i due microorganismi. Difatti in quel fecondo periodo di ricerche sull'infezione maltese, fatte da una vastissima schiera di studiosi, in Italia, a Malta, nei Paesi delle coste settentrionali dell'Africa, in Ispagna, in Francia ed altrove, è stato tra l'altro e solo per quello che qui ci interessa di stabilire, assodato: che l'agente della febbre melitense, morfologicamente anzichè essere un cocco, come l'aveva definito Bruce, si presenta invece come un cocco-bacillo (Trambusti, Amato, Pollaci, Cannata, Viganò, Kolle, Nicolle, ecc.) e perciò simile al b. di Bang; che sono suscettibili di presentare l'infezione maltese molte specie animali (maiale, cavallo, mulo, cane, gatto, topo, cavia, coniglio, pollo) ed in particolar modo le pecore ed i bovini presso cui la malattia è altrettanto frequente come nelle capre; che presso questi animali, l'infezione può evolvere senza una sintomatologia manifesta, ma il sintomo, diremo così, clinico caratteristico e preminente della malattia è l'aborto cui vanno soggette in alta percentuale le femmine gravide; che il b. di Bruce può essere causa di vere epidemie di aborto anche nelle bovine (come il b. di Bang) e che tra queste epi-

demie e la presenza della febbre melitense nella popolazione umana a contatto esiste una immancabile corrispondenza (Gabbi, Giuffè, Cantani, Castellino, Trambusti, Queirolo, Spagnolio, Fiorentini, Caracciolo, Signer, Donzello, Missiroli, Zammit, Horrok, Ejre, Shaw, Kennedj, Nicolle, Conseil, Moragaz, Cusso, ecc. ecc.).

La conoscenza quindi delle suggestive interferenze esistenti specialmente nell'ambito della patologia e dell'epidemiologia tra melitensis ed abortus, rimonta a parecchio tempo fa; ed i risultati delle ricerche fatte in proposito da alcuni studiosi in occasione dei recenti focolai epidemici di maltese verificatisi in talune nostre regioni, hanno se non altro il merito di avere ribadito tali dati. Ora a queste vecchie acquisizioni si è venuto ad aggiungere un fatto nuovo: ricerche recenti (1918-1926) (Ewans, Mejer e Shaw, Bastai, Cerutti, Favilli, Finzi, Ponticaccia, Jacono, Trentini, Andrei, Tinti, Giugni e Rossi, ecc.) hanno assodato che tra b. di Bruce e b. di Bang esiste più che una semplice rassomiglianza morfologica, una perfetta identità: essi presentano cioè gli stessi caratteri morfologici, culturali, tintoriali ed hanno pure le identiche proprietà sierologiche, cosicchè il batteriologo con tutti i mezzi di cui dispone non è in grado di differenziare l'un germe dall'altro. Invero sono stati proposti da taluni autori varii procedimenti, come atti a ditsinguere i due batteri; procedimenti però che sono risultati tutti, finora, alle prove di controllo privi di ogni valore. Così l'affermazione di Domingo che il b. melitensis coltivato in soluzione fisiologica e bile di bue in proporzione di 9 : 1 sarebbe stato inagglutinabile da parte dei sieri antibang, è stata smentita dai risultati delle prove fatte da Brotzu e Favilli. Il metodo tintoriale che Besszonoff aveva proposto per la differenziazione dei germi di specie affini, preconizzato da Vercellana come atto a distinguere il Bruce dal Bang è risultata nelle esperienze fatte da Andrei e da altri per lo meno praticamente inattendibile, ed a questa stessa conclusione è addivenuto ultimamente Vercellana stesso. Anche l'altro procedimento differenziale messo avanti da Vercellana e Zanzucchi consistente in un saggio di agglutinazione aspecifica (il b. di Bruce in una soluzione di acido lattico all'1 % agglutinerebbe rapidamente dopo solo mezz'ora di termostato, mentre il b. di Bang resterebbe inerte) è stato completamente svalutato dalle prove fatte da Cerutti e da altri.

Il fatto asserito da Ficai ed Alessandrini che le agglutinine antibang siano dotate di una maggiore resistenza al calore delle agglutinine antibruce (riscaldamento a 60° p. mezz'ora) e che ha suscitato tanto interesse è stato concordemente contestato da numerosi sperimentatori (Bastai, Cerutti, Favilli, Ponticaccia, ecc.).

Tra questi due microorganismi risulta quindi assodata finora l'esistenza dei seguenti rapporti: essi hanno gli identici caratteri batteriologici e sierologici; sono entrambi dotati di una patogenicità elettiva verso le stesse specie ovina e bovina; le rispettive malattie assumono entrambe in questi animali andamento epidemico e sono entrambe caratterizzate da un unico segno, diremo così, clinico, preminente, l'aborto cui vanno spesso soggette le femmine gravide; il che è come dire in altre parole che b. di Bruce e b. di Bang oltre ad essere due microorganismi identici, sono pure agenti (almeno presso gli animali) di due malattie indistinguibili. Ed allora giunte le cose a questo punto ne consegue necessariamente una domanda: b. melitensis e b. abortus sono due germi diversi, o non sono invece un'unica entità batterica?

È questa la questione che in atto si dibatte fra due opposte correnti di studiosi. È stata miss Ewans per prima, dopo i risultati dei suoi primi studi fatti in proposito nel 1918 a bandire la nuova dottrina unicista, secondo cui Bruce e Bang sarebbero appunto un unico germe. Questa nuova concezione però se ha incontrato il favore anche di autorevoli studiosi (Ewans, Meyer e Shaw, Favilli, Manzini, Grimaldi, Viviani, Ponticaccia, Guigni, Rossi ecc.), ha pure dei validi e non meno autorevoli oppositori (Bastai, Cerutti, Finzi, Tinti, Nicolle, Burnet ecc.). La controversia verte unicamente su un punto di capitale importanza. Per gli oppositori della nuova dottrina esiste un fatto essenziale che sta a smentire recisamente che b. melitensis e b. abortus siano un unico germe, ed è il diverso carattere di patogenicità che i due batteri dimostrano di possedere rispetto all'uomo. Essi invocano a dimostrazione di tal fatto i seguenti dati:

1) nei paesi del litorale mediterraneo alle epidemie di aborto nel bestiame corrisponde di solito nella popolazione umana a contatto, la presenza dell'infezione maltese, mentre per contro in altre regioni come l'Inghilterra, l'Ungheria, la Cecoslovacchia, il Canadà, ecc., dove infieriscono pure e sovente delle violenti epidemie di aborto la febbre melitense è pressochè sconosciuta; il chè vorrebbe dire che a provocare la stessa malattia nel bestiame devono essere in gioco due germi diversi l'uno patogeno e l'altro innocuo per l'uomo; stanno a conferma di questo dato;

2) l'esperienza fatta da Nicolle, Burnet e Conseil i quali inocularono in 7 individui una notevole quantità di b. abortus vivi e virulenti senza risultato, mentre in un individuo l'inocu-

lazione di metà dose di b. di Bruce provocò una tipica infezione melitense;

3) l'osservazione che nei laboratori mentre sono frequenti le infezioni accidentali per manipolazione del b. melitensis non si conosce al contrario nessun caso del genere per ciò che riguarda il b. di Bang.

Per i dualisti quindi melitensis ed abortus per quanto siano da ritenere due varietà assai vicine d'una stessa specie batterica, si differenziano però nettamente tra loro per il loro diverso carattere di patogenicità verso l'uomo.

I sostenitori della tesi unicista d'altra parte non negano in via di massima la veridicità dei dati a sostegno della tesi opposta, ma danno ad essi un'interpretazione diversa: ammettono che in armonia colla completa sovrapposizione dei due batteri e delle rispettive infezioni (almeno nel campo veterinario) sia sempre in gioco un unico germe, il quale nei suoi passaggi attraverso le varie specie animali recettive andrebbe incontro a modificazioni nei suoi caratteri di patogenicità come fenomeno di adattamento, comune del resto ad altre specie microbiche; ora nel caso in ispecie non si tratterebbe di vere modificazioni definitive e stabili (come per citare un esempio avviene per il b. della tubercolosi bovina rispetto a quello della tubercolosi umana), bensì di modificazioni transatorie riguardanti soltanto i suoi caratteri di patogenicità, cosicchè l'unico germe melitensis-abortus verrebbe a perdere ad un certo punto il suo potere patogeno verso l'uomo (b. di Bang) e mediante altri passaggi lo riacquisterebbe (b. di Bruce).

Non voglio qui addentrarmi nella disamina di tutti i dati e gli argomenti che alimentano la questione tanto più che essa nei termini come oggi si presenta non è forse passibile di una soluzione del tutto convincente, giacchè vien fatto di obiettare ai sostenitori delle tesi opposte che il punto che costituisce diremo così il pernio della controversia, la mancanza cioè di patogenicità del b. di Bang verso la specie umana, è appunto il fenomeno che resta ancora da chiarire nel suo determinismo, senza di che non si può addivenire ad una affermazione certa; ora avviene invece che dagli unicisti esso è spiegato in maniera diremo così arbitraria, perchè la loro ipotesi non è suffragata da alcun elemento dimostrativo, mentre i dualisti alla loro volta si fermano al suo significato apparente cosicchè l'affermazione che ne deducono può anche essere errata. E possiamo dire ancora di più: se la concezione unicista appare tutta prima la più suadente, dato che viene a darci ragione del perchè di tanti e così intimi rapporti esistenti fra due microorganismi riconosciuti come diversi, d'altra parte essa si fonda su un presupposto (perdita e riacquisto di patogenicità del germe verso l'uomo) che se può avere riscontro in patologia sperimentale, possiamo dire invece che non ha eguale precedente nella patologia spontanea, almeno nella maniera come il fatto viene concepito nei riguardi del caso in ispecie, così che la tesi appare quanto mai ardita e comunque non accettabile se non prima vengano precisate le leggi che governerebbero un fenomeno così singolare.

Perciò se vogliamo attenerci agli elementi reali della questione non possiamo in atto decampare dalla tesi dualista, la quale ha in suo favore dei dati di fatto, fino a prove in contrario, positivi. Con ciò naturalmente non si vuol dire che il caso si risolva così in maniera del tutto convincente, dato che resta tuttavia da dare una spiegazione persuasiva a quell'insieme di fattori dianzi ricordati, che stanno decisamente contro questa dottrina. Se possiamo difatti trascurare i caratteri d'identità strettamente batteriologici esistenti tra i due germi, come fatto non raro in batteriologia tra due microorganismi anche del tutto diversi, quando si considerano i rapporti che intercorrono tra melitensis ed abortus anche nel campo della biologia, della patologia e dell'epidemiologia, non si può negare che per attenerci alla concezione dualista non resti pure un largo margine di perplessità.

Cosicchè possiamo dire in conclusione che la questione non è ancora, come si suol dire, matura, e le due diverse dottrine che oggi si contendono il campo, sono più che altro espressioni del diverso atteggiamento mentale delle due differenti categorie di studiosi che ne sono i sostenitori, i quali giungono ad affermazioni opposte avendo sott'occhio essenzialmente i dati attinenti ad un particolare campo di osservazione.

Voglio poi ricordare che sulla questione è stata pure avanzata un'altra tesi la quale sostiene che tra melitensis ed abortus esisterebbe una certa differenza batteriologica ed entrambi i microorganismi sarebbero patogeni per l'uomo ed autori di quadri morbosi assai affini, ma pure clinicamente differenziabili (Ficai ed Alessandrini ecc.). L'attendibilità di questa tesi però appare in atto fuori questione, dopo la contestazione del suo principale dato di sostegno, che sarebbe consistito in una maggiore resistenza al calore delle agglutinine antibang in confronto di quelle antibruce (riscaldamento a 60° per mezz'ora) fatto questo, come abbiamo detto dianzi, negato da numerosi ricercatori i quali hanno invece concordemente riscontrato un'assoluta identità di comportamento anche sotto questo aspetto, delle due agglutinine.

Per tanto in attesa che vengano in luce altri dati atti a chiarire l'importante questione farò qui noto un altro carattere d'identità esistente tra b. di Bruce e b. di Bang.

Ho già esposto altrove i principi dottrinarii, le modalità ed i risultati del metodo da me proposto per l'applicazione della prova intradermica a scopo diagnostico nella melitense (*Riforma Medica*, n. 17, 1924; *Minerva Medica*, n. 14, 1926); ne riassumo in breve i dati essenziali. Da numerose esperienze fatte è risultato che inoculando nello spessore del derma una piccola dose di un antigene costituito da emulsione di b. di Bruce in soluzione fisiologica, in proporzione di un'ansata prelevata da coltura giovane in agar per ogni 2 c. c. di siero, sterilizzata al calore e leggermente fenolizzata (0,50 %) si verifica in caso d'infezione maltese una reazione locale caratterizzata da una cospicua macchia eritematosa, infiltrata e dolente alla palpazione, persistente per parecchi giorni e si ha invece indifferenza assoluta o tutt'al più un lieve arrossamento dileguante rapidamente (24-36 ore al massimo) in presenza di altre malattie e negli individui sani.

Stabilito questo fatto mi è sembrato non privo d'interesse, anche nei riguardi della questione cui dianzi ho accennato, saggiare negli stessi soggetti a fianco dell'antigene-melitensis l'antigene-abortus preparato ed impegato colle identiche modalità del primo, e confrontarne il comportamento. Le esperienze che ho finora potuto eseguire riguardano 5 casi di febbre maltese e 51 di altre malattie. Ho impiegato antigeni preparati da due stipiti di Bruce e due di Bang (1 Bruce ed 1 Bang fornitimi da Polettini (Pisa) 1 Bang dall'Istituto Baldi-Riberi di questo ospedale, 1 Bruce isolato da me da un ammalato) in dose di 0,10, 0,30, 0,50 c. c.; in taluni casi vennero iniettate tutte e 3 queste dosi, in altri una o due di tutti e quattro i preparati; in alcuni venne solo usata una sola quantità di due diversi preparati Bruce e Bang; nei 5 casi di febbre maltese la diagnosi clinica venne confermata dalla siero agglutinazione, ed in 3 di essi anche dall'emocultura. Ho usato le dosi di 0,10, 0,30, 0,50 c. c. di entrambi gli antigeni, perchè come ho constatato nelle numerose esperienze già eseguite col solo antigene melitensis e fatte note in precedenza, mentre tutte e 3 le dosi di questo preparato riescono indifferenti all'infuori dell'infezione maltese, in presenza di questa malattia invece per la dose di 0,10 c. c. si verifica di solito una reazione di minore durata (4-5 giorni) che non per la dose di 0,50 c. c. (7-12 giorni). Nel confronto quindi dei reperti conseguenti all'inoculazione delle varie dosi dei due antigeni, ho potuto così anche usufruire del criterio di giudizio fornito oltre che dalla qualità anche eventualmente dalla entità della reazione.

L'inoculazione intradermica venne sempre eseguita con le dovute norme di tecnica. I casi presi in esame sono stati i seguenti:

5 di infezione melitense; 3 di tifo; 1 di paratifo B; 3 di tubercolosi polmonare; 3 di polmonite franca; 2 di broncopolmonite; 2 di pleurite essudativa; 2 di erisipela; 3 di lue viscerale; 3 di carcinoma; 1 di nefrite acuta; 2 di emiplegia; 2 di anemia secondaria; 2 d'ipertensione essenziale; 3 di miocardite; 3 di reumatismo poliarticolare acuto; 2 di calcolosi epatica; 1 d'idrocefalo in eredolue; 1 di empiema; 3 di cirrosi epatica; 1 di malaria; 1 di tumore cerebrale; 1 di annessite; 1 di gonoartrite; 1 di polinevrite; 1 d'isterismo; 1 morbo di Flaiani; 1 mielite acuta ascendente; 2 calcolosi renale; 2 polisierositi.

Il comportamento dei due antigeni (melitensis ed abortus) e dei quattro preparati è stato in ogni soggetto assolutamente identico: nei casi di maltese reazioni della stessa entità e della stessa durata per la stessa dose sia di antigene melitensis che di antigene abortus (4-8 giorni per le dosi di 0,10, 0,30 c. c., 7-12 giorni per le dosi di 0,50 c. c.) in tutte le altre malattie assenza di reazione per tutte e tre le dosi dei quattro preparati, tranne qualche lieve e fugace reazione verificatasi in qualche caso sia per l'antigene Bruce che per il Bang (che va interpretata come ho spiegato altrove come reazione allergica aspecifica).

Questi risultati stanno a dimostrare che il b. abortus, impiegato sotto forma di antigene con le modalità dianzi specificate per la prova intradermica a scopo diagnostico nella melitense, ha lo stesso comportamento del b. melitensis usato nella stessa preparazione e colle stesse modalità allo stesso scopo; entrambi risultano dotati della stessa capacità a provocare adoperati nel modo che abbiamo detto una reazione cutanea caratterizzata dai segni dianzi specificati soltanto in caso d'infezione maltese, mentre riescono entrambi indifferenti in presenza di qualunque altra malattia.

Circa la sicurezza di questa affermazione si può obiettare che essa si fonda sui risultati ottenuti in un numero limitato di casi; l'obiezione è giusta ed era nostro desiderio estendere le ricerche ad un maggior numero di soggetti e se ci siamo decisi a far noti ciò malgrado i dati finora raccolti, è perchè i casi di melitense tendono a farsi a Torino piuttosto rari e quindi non capitano così sovente come fino a non molto tempo addietro sotto osservazione, ma anche ed

essenzialmente per un'altra ragione. Il fatto che questi dati tendono almeno indubbiamente a stabilire è il seguito diremo così logico di una catena di fatti concordanti già noti. Nel campo biologico è stata dimostrata un'identità di comportamento dei due batteri:

1) per ciò che riguarda la produzione delle agglutinine: è stato difatti, come abbiamo già detto, assodato nel modo più certo, che c'è una perfetta sovrapposizione delle agglutinine antibang e antibruce: il siero o il latte di una vacca infetta da b. di Bang agglutina nell'identico modo tanto il Bang che il Bruce, il siero di un uomo o il siero ed il latte di una capra infetti da b. melitensis agglutinano nell'identica maniera tanto il melitensis che l'abortus;

2) per ciò che riguarda le proprietà, diremo così, direttamente immunizzanti dei due germi, come dimostra l'esperienza fatta da Nicolle, Bournet e Conseil: questi ricercatori inocularono a 7 soggetti 9 milioni di microbi vivi ciascuno, provenienti da culture giovani di b. di Bang di origine bovina e suina, più tardi ad una successiva iniezione di metà dose di b. di Bruce questi individui si sono dimostrati vaccinati contro il melitensis, mentre in un soggetto che non aveva subito questo trattamento preventivo si è sviluppata una tipica infezione maltese. È in base a questi dati che è stata indicata la sostituzione nei laboratori ai fini diagnostici e sperimentali del b. di Bang al b. di Bruce. I risultati quindi cui siamo pervenuti nelle prove fatte possiamo dire ch'erano da attendersi a priori. Essi sono in perfetta armonia con gli altri caratteri d'identità che i due germi possiedono, e valgono a stabilire che il b. melitensis e il b. abortus oltre ad avere in comune come abbiamo detto i caratteri morfologici, culturali, tintoriali, la proprietà di provocare la produzione di agglutinine uniche, la capacità di riuscire ad immunizzare, impiegati sotto forma di vaccino, l'uomo verso l'infezione maltese (almeno secondo l'asserzione di Nicolle, Bournet e Conseil) hanno anche la stessa attitudine a rivelare mediante l'intradermoreazione eseguita col metodo dianzi specificato, la presenza o meno di quello specifico stato di allergia legato all'infezione melitense umana.

A parte l'importanza che quest'ultimo fatto può avere ai fini della questione, cui ho dianzi accennato, esso ha un notevole valore da un altro punto di vista. Come ognuno sa, la sieroagglutinazione è la prova diagnostica cui oggi comunemente si ricorre con legittima fiducia per la diagnosi biologica dell'infezione maltese, ora data l'esistenza di una perfetta identità di comportamento tra siero ed intradermoreazione, giacchè entrambe le prove portano agli identici risultati anche di fronte all'antigene Bang, se si considerano i vantaggi pratici che l'intradermoreazione presenta sulla sieroagglutinazione per il fatto che può essere eseguita da qualunque medico, direttamente sul malato, in qualunque condizione di ambiente, ne consegue che la prova biologica cutanea merita realmente di sostituire quella agglutinante, tanto più se si pensa che l'infezione maltese è una malattia che fa le sue vittime specialmente nei centri rurali e nelle campagne, dove non esistono di solito laboratori cui il medico possa agevolmente ricorrere per l'esecuzione della prova agglutinante onde stabilire od escludere, talora, con esattezza una diagnosi sospettata.

Per tanto sarebbe pure interessante studiare il comportamento della prova intradermica eseguita con gli antigeni Bruce e Bang e col metodo qui esposto anche nel campo della medicina veterinaria, tanto più che come apprendo da un lavoro gentilmente inviatomi dall'Illustre prof. Finzi del R. Istituto Sup.re di Medicina Veterinaria di Torino, le prove allergiche a scopo diagnostico per l'abortus sono già state largamente sperimentate in Italia ed all'estero mediante impiego di varii preparati di b. di Bang (estratti, filtrati, emulsioni sterili) variamente denominati: abortina, amblosina, abortoform ecc., con risultati finora contraddittori.

*
* *

All'illustre prof. Fornaca che mi è sempre largo di consigli i più vivi sensi di grazie.

BIBLIOGRAFIA.

BASTAI. Minerva Medica, n. 15 e n. 28, 1926.
BASTAI. Minerva Medica, 1925, n. 21.
BASTAI e CERUTTI. Acc. di Med. Torino, 1924.
BUA. Minerva Medica 1924, n. 8.
BUA. Ibid., 1926, n. 14.
CECONI. Ibid., 1924, n. 8.
FAVILLI. Ibid., 1926, n. 28.
FAVILLI. Lo sperimentale, 1926, n. 4.
FAVILLI. Ibid., 1926, n. 1.
FICAI ed ALESSANDRINI. Annali d'Igiene, 1925, n. 1.
FINZI. *Il moderno zooiatra*, 1926.
FINZI. *Aborto epizootico e febbre maltese*. Stab. Grafico Foà. Torino, 1925.
FORNACA e BUA. Riforma Medica, 1924, n. 17.
MANZINI. *Il moderno zooiatra*, 1926, n. 14.
MICHELI. *Lezioni cliniche*. Torino, 1924.
POLETTINI. Annali d'Igiene, 1924, n. 16.
PONTICACCIA. Giornale di Clin. Med., 1925, n. 6.
TINTI. Riv. di Clin. Med., 1925, n. 18.
TRENTINI. Giorn. di Batter. ed Immunol., 1926, n. 2.
VERCELLANA e ZANZUCCHI. Pathologica, 1926, n. 415.
VERCELLANA. Ibid., 1925, pag. 556.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SANATORIO MILITARE DI ANZIO.
Direttore: Capitano med. dott. FEDERIGO BOCCHETTI.

Contributo al trattamento della peritonite tubercolare ascitica col pneumoperitoneo

per il capitano medico dott. DOMENICO SANTORSOLA
capo del Reparto chirurgico.

Sebbene esistano casi isolati di guarigione di peritoniti tubercolari in seguito a pneumoperitoneo, la letteratura ne è poco ricca; meno ricca è di quei casi, così trattati, in cui la laparatomia non aveva dato alcun risultato.

Perciò ritengo degno di nota questo mio caso, in cui alla inutilità della laparatomia, si contrappone il perfetto beneficio del pneumoperitoneo.

Storia Clinica. — 28 genn. 1926. — A. U. di anni venti, proviene dall'Ospedale Militare Principale di Roma con diagnosi di peritonite sierosa t. b. c.

Nega precedenti morbosi sia ereditari che personali; verso gli ultimi giorni del settembre u. s. cominciò ad avvertire malessere generale, astenia, digestione difficile e lenta.

In seguito si accorse che l'addome aumentava progressivamente di volume e gli dava una dolorabilità sorda quasi continua.

Il 9 ottobre 1925 fu ricoverato all'Ospedale Militare Principale di Roma dove gli venne riscontrato presenza di liquido libero nell'addome e, dopo vani tentativi di cura medica, in seguito a giudizio del consulente chirurgo, il 13 dicembre venne sottoposto alla laparatomia.

Dalla cartella clinica compilata nell'Ospedale Militare Principale di Roma desumiamo:

« 13 dicembre 1925. — Morfio-cloro-narcosi. Laparatomia mediana ombelico pubica. Il peritoneo parietale, il quale è notevolmente ispessito, e il peritoneo viscerale sono cosparsi di tubercoli miliari in parte in via di metamorfosi fibrosa. Si lasciano fuoriuscire circa tre litri di liquido citrino limpido (Rivalta positivo); lavaggio con etere previo maltrattamento; sutura a strati.

14 dicembre 1925. — Condizioni generali scadenti, cute e mucose visibili pallide. L'addome si presenta un po' slargato.

17 gennaio 1926. — Addome slargato leggermente globoso, versamento liquido endoperitoneale apprezzabile ».

Nessun dubbio dunque sulla natura della malattia. Di essa l'infermo non è ancora guarito.

E. O. Condizioni di nutrizioni scadentissime; cute e mucose visibili pallide, pomelli arrossati, pannicolo adiposo scarsissimo, micropoliadenia diffusa, muscoli ipotonici e ipotrofici; P. 90, R. 25. Apirettico.

Riferisce di non aver tosse nè sudore notturno. Non avverte disturbi nelle vie respiratorie superiori.

Torace slargato alla base, non molto espansibile. Lieve dolorabilità alla base di destra; in detta regione ipofonesi, mormorio vescicolare affievolito.

Addome notevolmente aumentato di volume e un po' slargato; lungo la linea ombelico-pubica cicatrice chirurgica da pregressa laparatomia, al punto medio della quale notasi mancato ricongiungimento dei margini cutanei in corrispondenza di due punti di sutura. La palpazione denota scarsa dolorabilità addominale ed apprezzabile versamento di liquido libero nella cavità peritoneale.

Nulla di notevole a carico degli altri organi ed apparati.

15 febbraio 1926. — L'addome aumenta progressivamente di volume e la raccolta liquida diviene sempre più abbondante.

Cuti-reazione Von Pirquet intensamente positiva.

27 febbraio 1926. — Il liquido endoperitoneale è enormemente aumentato; occupa quasi tutta la cavità peritoneale.

Nella posizione eretta la base toracica si mostra slargata, l'addome fortemente globoso, la distensione delle pareti addominali è enorme, prevalentemente a carico del tratto xifo ombelicale. La cicatrice ombelicale, deformata dal pregresso atto operativo, mostrasi tuttavia prominente ed è abbassata a livello della linea bisiliaca; non reticolo venoso; la palpazione non suscita dolore ma discreta molestia. L'ottusità occupa tutto l'ambito addominale. L'urto dell'onda liquida si trasmette liberamente in tutti i sensi.

I labbri della ferita operatoria nel tratto non ricongiunto sono enormemente divaricati.

Nella posizione supina l'addome conserva la sua forma globosa; l'ottusità si abbassa, assume forma falcata con concavità in alto il cui punto più declive, sulla mediana, trovasi a livello di una linea immaginaria che unisca l'apice libero dell'undicesima costa di ciascun lato.

Esame del sangue. — Emoglobina 70 %; formula di Arneth deviata a sinistra. Ind. lob. 225.

Peso del corpo kgr. 64.800. Perimetro addominale cm. 98. La puntura esplorativa ha confermato che il liquido è citrino limpido. P. S. 1022, Rivalta positivo; albumina 6 %.

Mediante trequarti medio si estraggono litri due di liquido, quindi con apparecchio Forlanini si insufflano cmc. 600 di azoto.

Peso 62,750; perimetro addominale 96.

Il volume dell'addome appare leggermente ridotto; l'ottusità si è abbassata di circa tre dita trasverse; al disopra di essa si ha suono timpanico altissimo (suono di scatola).

28 febbraio 1926. — L'infermo non ha avuto alcun disturbo; anzi dice di avvertire un notevolissimo sollievo. Ha emesso nella giornata circa due litri di urina limpida molto chiara.

12 marzo 1926. — Durante questo trascorso periodo ha avuto diuresi abbondante: ha avvertito un benessere sempre maggiore. Si è avuto un certo riassorbimento di liquido. Il perimetro addominale è diminuito di un centimetro.

Oggi l'ottusità addominale nella posizione supina ha il suo punto più declive circa due dita trasverse al disopra del livello delle creste iliache.

Mediante paracentesi si estraggono litri quattro di liquido che ha i medesimi caratteri di quello estratto con la prima evacuazione: si insufflano cmc. 1500 di azoto. Dopo tale procedimento l'addome appare notevolmente ridotto di volume, si delinea un solco di forma falcata con cavità in alto discendente fino al livello di una linea passante circa un dito trasverso al disotto delle spine iliache a. s. In corrispondenza di detto solco si de-

marca la zona di ottusità e di fluttuazione del liquido residuale al disotto, e di suono di scatola al disopra.

Prima dell'intervento aveva peso del corpo kg. 62,700, perimetro addominale cm. 95. Dopo l'intervento il peso del corpo è di kg. 58,500, il perimetro addominale di cm. 90.

13 marzo 1926. — Non ha avuto alcun disturbo, asserisce di sentirsi molto meglio.

Polso e temperatura ordinaria. Ha emesso durante la giornata circa due litri di urina.

Peso kg. 57,100, perimetro addominale 88.05 cm.

29 marzo 1926. — Durante il trascorso periodo le condizioni generali e locali sono andate sempre migliorando, la diuresi si è mantenuta abbondante. L'infermo riferisce di non avvertire più nel cambiamento di posizione il senso dello spostamento del liquido nell'addome.

Non si percepisce più presenza di liquido nella cavità addominale.

Peso kg. 57,300, per. add. cm. 87.

30 aprile 1926. — La risuonanza addominale è ritornata quasi al suo timbro timpanico normale, leggermente più alto; le condizioni generali dell'infermo sono di molto migliorate; il colorito della cute e mucose visibili è divenuto alquanto roseo, il pannicolo adiposo apprezzabile; ha buon appetito ed avverte pieno senso di benessere.

Peso del corpo kg. 62, per. add. cm. 85.

12 maggio 1926. — Condizioni generali ottime.

Peso kgr. 63,800, per. add. cm. 81.

In questo nostro caso ci troviamo dunque di fronte ad un vero insuccesso della laparatomia: a circa un mese dall'intervento operativo il versamento endoperitoneale è nuovamente costituito, e a due mesi occupa già tutta la cavità peritoneale, mentre la ferita operatoria, non completamente rimarginata, minaccia la formazione di una fistola.

Non è molto raro il caso in cui la laparatomia sia insufficiente e debba essere ripetuta una, ed anche due volte.

Il nostro è uno di questi casi.

Bisognava dunque sottoporre il nostro infermo ad una nuova operazione?

Se l'errore fortunato di Spencer Wells accese vive speranze, e la statistica presentata da König nel 1890, dopo aver maravigliato, determinò l'entusiasmo per la laparatomia nella cura della sieroperitonite tubercolare, oggi i sostenitori di questo metodo vanno mano mano scemando di numero, e molto più guardinghi sono i chirurgi nel prescegIierlo ed attuarlo.

La laparatomia è un intervento di una certa gravità, non è scevro di inconvenienti e di pericoli e richiede una preparazione di ambiente e di mezzi non facilmente improvvisabili. Essa, applicata nella peritonite tubercolare, non riesce di per sè stessa ad evitare la formazione delle aderenze, nè il raggrinzimento dell'omento e nessuno dei disturbi funzionali conseguenti; può lasciare inoltre dei postumi dannosi, fistole, ecc.

D'altro canto le statistiche più accurate recentemente dimostrano che se i casi di guarigione della siero peritonite seguite alla laparatomia si aggirano sui 60-70 %, quelle seguite alla cura medica non si tengono al disotto.

Al meccanismo di azione della laparatomia nel determinare la guarigione della peritonite ascitogena vennero date numerose interpretazioni, ciascuna delle quali suggerì una modifica nel metodo di cura.

Si formulò l'ipotesi della luce del giorno e del sole (Lauenstein); quella dell'aria (Mosetig-Moorlof); di uno stimolo a reazioni fagocitarie (Kichenski); di una invasione leucocitaria e conseguente inglobazione di bacilli tubercolari (D'Urso, D'Antona, Durante); delle manovre fatte dal chirurgo e del maltrattamento della sierosa; della iperemia post-operatoria che faciliterebbe il processo di riassorbimento dei tubercoli (Nassauer e Hildebrand), cioè qualche cosa di simile a ciò che accade per le alterazioni infiammatorie con la cura della stasi alla Bier; dell'assorbimento dell'essudato attraverso la ferita operatoria sia durante l'atto operativo che dopo (Itari), ecc.

E così furono tentate svariate modifiche della terapia.

La puntura evacuativa semplice aveva dato sempre risultati molto meno buoni della laparatomia; vi si fecero seguire iniezioni di acqua borica (Debove); di acqua sterilizzata; di naftolo canforato; di etere iodoformizzato; di tintura di iodio (Sartorelli); di iodoformio emulsionato in glicerina (Schömann).

Degli ultimi tempi sono le irradiazioni di raggi X, di raggi ultravioletti, di sole artificiale di alta montagna, di elioterapia generale.

L'ipotesi dell'azione benefica della aereazione suggerì ad alcuni autori l'idea di far seguire alla evacuazione l'insufflazione nella cavità peritoneale di aria sterile o di ossigeno sterile (Nolen, Silvestrini, A. Schmidt, Schulze).

Sulla introduzione di aria e dei suoi componenti nella cavità peritoneale si arresta oggi la pratica moderna.

L'insufflazione di gas nella cavità peritoneale si propone, oltre che di guarire, di scongiurare più che sia possibile i postumi e gli esiti sfavorevoli della malattia.

Quale sia il meccanismo di azione dell'aria o suoi componenti introdotti nella cavità peritoneale nel determinare la guarigione; a quale fattore possa essere attribuito il riassorbimento dell'essudato e l'arresto della essudazione; quali modificazioni chimiche e citologiche il gas provochi nell'essudato, resta ancora a stabilirsi.

Secondo alcuni autori Americani e Tedeschi il benefico effetto si avrebbe per l'azione modifica-

trice esercitata dal contatto diretto del gas con la sierosa, donde il criterio di introdurre dosi massive procedendo o secondo il metodo di Steward e Stein, insufflando cioè fino a provocare il malessere determinato dalla distensione addominale e il dolore alla spalla determinato dalla irritazione del diaframma, oppure secondo il metodo di introdurre tanti litri di gas per quanti litri di liquido si estrassero.

Il prof. P. Alessandrini in questi ultimi giorni avanza l'ipotesi che l'ossigeno agisca beneficamente per le modificazioni chimiche che apporta nel liquido, per cui vengono a stabilirsi condizioni di habitat non più opportune per lo sviluppo del bacillo tubercolare e pratica iniezioni di 100-200 cmc. di ossigeno una sola-due volte senza preventiva estrazione di liquido.

Io nello scegliere il metodo per il nostro ammalato volli tener presente, oltre ai vari fattori che secondo le diverse concezioni concorrono alla guarigione, questi fatti di non trascurabile importanza: il gas nell'addome viene ad isolare e distendere i foglietti peritoneali, in tal modo evita lo sfregamento, causa della conseguente continua irritazione della superficie peritoneale in preda al processo infiammativo, e mette la sierosa nelle condizioni di isolamento e di riposo più favorevoli perchè i tubercoli, influenzati più o meno dal contatto del gas possano subire la loro trasformazione fibrosa; evita il versamento fibrinoso o per lo meno impedisce che esso determini la formazione delle tanto dannose aderenze; permette che il ritorno su se stesso dei tessuti, già iperdistesi dall'abbondante versamento, avvenga in modo graduale, ovviando così le dannose conseguenze del raggrinzimento dell'omento.

Per tutte queste considerazioni io scelsi fra i componenti dell'aria l'azoto che, per essere il più difficilmente e più lentamente assorbibile, mi prometteva una maggiore persistenza delle condizioni di favore richieste.

Procedetti ad una prima insufflazione di 600 cmc. di gas, dose sufficiente sia per saggiare il metodo nell'individuo, sia per mettere già una buona parte della sierosa nelle condizioni favorevoli per la guarigione, dopo aver estratto solo due litri di liquido. Il nostro ammalato presentava un versamento assai imponente ed era in condizioni alquanto gravi per non imporre prudenza.

Alla distanza di dodici giorni dopo un'estrazione di liquido di quattro litri introdussi 1500 cmc. di gas mediante il quale, se si riuscì ad avere una riduzione della perimetria addominale di cm. 5 su quella preesistente alla puntura evacuativa, si riuscì tuttavia a mantenere una perimetria superiore di cm. 10 a quella che sarebbe stata ad addome libero.

Nei giorni che seguirono la grande insufflazione noi osservammo un continuo abbassarsi del peso del corpo e della perimetria addominale insieme; indice dell'assorbimento dell'essudato rimasto; dopo una settimana però i due indici, peso del corpo e perimetro addominale, si spostarono nettamente in senso opposto e, mentre il perimetro addominale continuava a diminuire coll'assorbirsi dell'essudato residuo e del gas insufflato, il peso del corpo aumentava progressivamente col rifiorire delle condizioni generali dell'infermo.

È degno di nota che la riduzione della perimetria addominale è stata lentissima (oggi 15 giugno 1926, cm. 79) sicchè lentissimo è stato il riassorbimento del gas e quindi lunga la sua azione sia medicamentosa che meccanica.

E vi è a pensare che tanto più sarà stabile la guarigione quanto più essa è stata lenta e graduale.

Ora l'ammalato a circa quattro mesi di distanza dell'intervento sta benissimo, il suo addome è elastico e non vi si riscontra nulla di anormale: la cuti-reazione è debolmente positiva, l'esame del sangue dà:

Emoglobina 95 %.

Schema di Arneth pressochè normale. Ind. lob. 260.

Pertanto io credo di poter concludere affermando:

1) il pneumoperitoneo è assolutamente innocuo;

2) che esso è mezzo terapeutico efficace per ben guarire la siero peritonite tubercolare;

3) che per la sua tecnica semplice è alla portata di ogni pratico;

4) che per le precedenti ragioni può essere accettato come mezzo terapeutico di elezione nei casi di siero peritonite t. b. c. e istituito precocemente, lasciando alla laparatomia il valore di ultima preziosa risorsa nei casi di eventuali insuccessi.

BIBLIOGRAFIA.

E. EICHHORST. *Patologia e terapia speciale medica*, volume IV. *Tubercolosi del peritoneo*, pag. 901.

A. STRÜMPELL. *Trattato di patologia speciale medica e terapia*, volume I, parte II, pag. 317.

BEGUEN. *Compendio di Patologia Chirurgica*, volume III, pag. 695.

E. FORGUE. *Compendio di Patologia Chirurgica*, volume II, pag. 465.

S. SILVESTRINI. *Rendiconto clinico-operativo del triennio 1915-16-17*. Stabilimenti Poligrafici riuniti, Bologna, 1918.

CILBERT O. M. *L'introduzione endoperitoneale di ossigeno nel trattamento della peritonite tuberco-*

lare ascitica. The American Review of Tuberculosis, gennaio 1924.
MATTICK W. L. Ibidem.
SARTORELLI E. *La tintura di iodio per via endoperitoneale nella peritonite tubercolare.* Policlinico, Sezione pratica, 1925, fasc. 29.
STEIN A. *Insufflazioni della cavità peritoneale con ossigeno nella peritonite tubercolare essudativa.* The Journal of the American medical Association, 1922, vol. LXVIII, n. 10.
SORGO e FRITZ. *Trattamento della peritonite tubercolare ascitica col pneumoperitoneo.* Medizinische Klinik, 1921, tome XVII, n. 50.
F. CONTARINI. *Insufflazioni di ossigeno nella peritonite essudativa tubercolare.* Tubercolosi, 1925, fascicolo 9.
FIESSINGER e LEMAIRE. *Le iniezioni di lipiodol a scopo diagnostico e terapeutico nelle sierositi tubercolari.* Presse Médicale, 17 febbraio 1926.
U. MONGUZZI. *La pneumoparacentesi nelle peritoniti tubercolari ascitogene.* (Nota preventiva). Giornale di Medicina Militare, 1926, fasc. 1.
P. ALESSANDRINI. *Le iniezioni di ossigeno nella cura della tubercolosi delle sierose.* Comunicazione alla R. Accademia Medica di Roma. Seduta 30 gennaio 1926.
DUGUET et CLAVELIN. *Traitement des Péritonites Tuberculeuses prolongées ou rebelles par les Rayons ultra-violets.* Journal des Praticiens, n. 17, 1926.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Importanza delle uretriti

per il dott. VASCO SIMONINI
già della R. Clinica Dermosifilopatica di Firenze.

Col nome di uretrite noi definiamo comunemente un qualsiasi processo morboso a carico dell'uretra, sia esso ad andamento acuto, subacuto o cronico, e qualunque sia il movente etiologico. Per quanto il gonococco rappresenti in queste affezioni delle vie genito-urinarie l'agente più importante per la frequenza, per la facile contagiosità e per le complicazioni più o meno gravi alle quali può dar luogo, ciò non toglie che noi dobbiamo trascurare e perdere di vista tutti gli altri fattori di malattia, per poter sempre stabilire una giusta diagnosi ed intervenire con una terapia conveniente. Nella trattazione di questo argomento farò astrazione dalle uretriti discendenti, come quella consecutiva ad infezione coli-bacillare del rene e della vescica, l'uretrite tubercolare, l'uretrite dovuta al passaggio di calcoli ecc., che assumono una loro particolare fisonomia clinica, attenendomi a quei processi morbosi che hanno per esclusivo campo d'azione il canale uretrale. In questa categoria tre sono le forme che maggiormente s'incontrano, che hanno tra di loro dei punti di contatto, ma che si differenziano profondamente per il decorso, per le manifestazioni e per il modo di comportarsi di fronte alla cura. La prima e la più trascurabile è la cosidetta uretrite da sforzo o da eccesso venereo. Si presenta con scarse sensazioni subiettive, con pochissima secrezione di colore biancastro, che esaminata al microscopio si dimostra formata da un'abbondantissima esfoliazione epiteliale associata a scarsa flora e ad una diapedesi in linea generale poco pronunciata di leucociti. Tale irritazione scompare nel decorso di poche ore o di pochi giorni, anche senza alcuna cura locale o generale, col solo riposo. È quindi controindicata in tale eventualità la somministrazione di preparati ad azione antigonococcica che non farebbero altro che peggiorare le condizioni locali, sostituendo ad una transitoria irritazione meccanica uno stimolo chimico di maggiore danno. Ritengo opportuno richiamare l'attenzione su questo criterio perchè abbastanza frequentemente per eccessiva preoccupazione dell'ammalato o per imperizia del medico si assiste al racconto di dolenti istorie, di uretriti che non vogliono recedere nonostante il riposo, l'astinenza, la dieta rigorosa e le cure locali, e che non sono altro che la risultante di una cronica irritazione chimica. Le altre due forme hanno una maggiore importanza sia dal punto di vista terapeutico che profilattico. Intendo parlare dell'uretrite secondaria a gonorrea e dell'uretrite dovuta a germi volgari senza che in precedenza si sia associato il gonococco. L'uretrite secondaria a gonorrea rappresenta una successione morbosa, che data la sua frequenza assume quasi il carattere della normalità. Infatti ben pochi sono i blenorragici che una volta superata la fase Neisseriana sfuggano alle alterazioni che il gonococco imprime alla mucosa uretrale. Tali alterazioni danno all'uretrite un diverso carattere a seconda dell'estensione, della profondità e a seconda della maggiore o minore compartecipazione della flora batterica che si sostituisce al diplococco del Neisser. La produzione di pus in linea generale è scarsa, però vi sono dei casi nei quali il pus rappresenta l'elemento preponderante, e se si esamina al microscopio ci si trova di fronte ad una imponente pullulazione di germi quale si può osservare in una batteriuria, germi in prevalenza streptococchi e stafilococchi associati ad altri di importanza e quantità minore. Ma per lo più la secrezione è scarsa al punto da dare alle urine un aspetto perfettamente limpido e trasparente e da permettere una chiara visione dei filamenti di muco che in esse stanno sospesi. Tali filamenti possono essere piccoli, di media grandezza o molto grossi e pesanti, od associati tra di loro in varie proporzioni. Nell'uretrite esente da pregressa gonorrea, noi possiamo avere una visione pressocchè identica, sono però molto rari i grossi filamenti e la produzione del pus è

in linea generale non troppo pronunciata. Il quadro insomma è quello di un'uretrite superficiale. Si comprende facilmente però come gli stessi germi diano un quadro morboso diverso differenziantesi per la durata e per il modo di comportarsi di fronte alla cura. Nella prima forma, il terreno per la forte disepitelizzazione prodotta dalla primitiva infezione e dagli agenti chimici, per lo stato di permanente flogosi, per gli alterati scambi nutritivi rappresenta un campo d'azione favorevole anche ai germi più deboli e meno aggressivi che hanno agio di installarsi e di rafforzarsi mancando ogni mezzo di difesa locale. Ma questa condizione di favoreggiamento non è rappresentata soltanto dalla mucosa. Infatti durante il decorso della blenorragia, specie se molto prolungata il processo infiammatorio si localizza non soltanto in superficie ma si approfonda e si trasmette ai tessuti che abbracciano l'uretra provocando una periuretrite che diminuisce l'elasticità uretrale e se non è arrestata e curata in tempo può essere il punto di partenza per la formazione ulteriore di restringimenti. La conferma di tali vedute ce la dà anche la clinica presentandoci spesso ammalati che una volta guariti dalla gonorrea vanno facilmente e ripetutamente soggetti ad uretriti dovute ai germi sopraccennati e che in certi casi rappresentano una vera disperazione tanto da far dire agli ammalati che basta che avvicinino una donna per contrarre una nuova blenorragia o per svegliare quella vecchia allo stato latente. Entrambe queste uretriti specie nello stadio florido, rappresentano un focolaio d'infezione estrinsecantesi in vulviti, vaginiti, cerviciti ed anche endometriti ad andamento subacuto o cronico. E se noi quando indaghiamo sulla natura di un catarro vaginale o uterino di una donna (senza disturbi mestruali, senza neoplasie od alterazioni di forma o di posizione dell'utero, senza precedenti infezioni della sfera genitale ecc.), potessimo raccogliere dal coniuge una deposizione franca e leale, e potessimo sempre esaminare le urine e il secreto uretrale, si vedrebbe che molti di questi casi non sono che il riflesso dell'infezione trasmessa dal marito. Dalla rapida e sintetica esposizione risulta chiaramente quale e quanta sia l'importanza di queste malattie che molti non vogliono valutare nella loro giusta proporzione. Per quanto riguarda la terapia e la profilassi allo stesso tempo, in tutte tre le forme noi prescriveremo il riposo e l'astinenza assoluta attuando in ogni caso la terapia che meglio s'addice e modificando qualora fosse necessario le alterate condizioni anatomiche dell'uretra, che possono essere la causa principale del persistere di un'uretrite.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La fluorescenza e la conservazione degli alimenti irradiati.

(L. SPOLVERINI. *Riv. It. di Actinologia*, n. 1, gennaio 1927).

In questi ultimi tempi le ricerche sull'irradiazione degli alimenti si sono moltiplicate; ma i risultati sono discordi per la difficoltà che esiste a stabilire una dose di raggi U. V. che possa produrre negli alimenti le modificazioni fisico-chimiche, e dinamiche (dette anche vitali) senza alterarli.

Un'altra difficoltà consiste nello stabilire quali alimenti sono capaci di assorbire le irradiazioni e quali di essere attraversati da esse.

L'acqua e gli zuccheri, perchè trasparenti, si lasciano attraversare dai raggi U. V.; i grassi e gli albuminoidi che sono opachi, assorbono i raggi U. V., e perciò si modificano nel senso fisico-chimico e dinamico.

Quest'ultima modificazione deve interessare maggiormente, perchè ad essa spettano quelle proprietà nuove acquisite dagli alimenti, e che sono utilizzate nella pratica.

Lo Spolverini in queste prime ricerche, condotte sugli alimenti usati principalmente nella prima infanzia, si è proposto di stabilire:

1) La *quantità* o *dose totale* dei raggi U. V. da adoperare (distanza della sorgente irradiante, durata dell'esposizione, frequenza delle applicazioni, intensità di energia da adoperare).

Come caratteri fisico-chimici sono stati considerati il colore, l'odore, il sapore prima e dopo l'irradiazione; come caratteri dinamici è stata considerata la fluorescenza, la quale permette di notare le intime variazioni che avvengono negli alimenti. Essa consiste nella proprietà che ha la maggior parte dei corpi ad emettere una speciale luce propria (fotoelettrica) per speciali vibrazioni molecolari. L'irradiazione, se assorbita, provoca la fluorescenza delle sostanze colpite, e con caratteri speciali.

2) La *durata* delle trasformazioni fisiche e dinamiche prodotte dalle irradizioni.

3) La ricerca di qualche possibile fattore che possa eventualmente provocare la perdita anche limitata di tali nuove proprietà, od impedirne addirittura l'acquisizione.

Gli alimenti presi in esame sono stati il latte, gli idrati di carbonio, i grassi.

I. *Latte*. — L'irradiazione influenza l'odore, che risulta più intenso, in rapporto alla durata dell'esposizione; il sapore, che dopo una lunga irradiazione assume il sapore metallico.

La fluorescenza è più manifesta nel latte in polvere che in quello crudo, perchè le sostanze proteiche nel primo assorbono più facilmente i raggi U. V.

Il latte bollito non assorbe i raggi; ciò è dovuto forse alle modificazioni apportate al latte dalla bollitura. Anche la fluorescenza è eliminata dopo la bollitura.

II. *Idrati di carbonio.* — In questi alimenti le irradiazioni U. V. hanno scarsa azione, perchè gli idrati di carbonio studiati o non avevano albumine e grassi, o ne avevano in quantità trascurabili; questi elementi sono quelli che di più assorbono i raggi U. V., mentre gli zuccheri e l'acqua degli idrati di carbonio sono attraversati facilmente.

Nelle farine tostate o diastasate (farine amido-diastasate) il fenomeno della fluorescenza era del tutto assente; ciò è importante per la pratica. Però se le stesse farine sono cotte in acqua di fonte, diventano suscettibili di assorbire i raggi, probabilmente per alcune sostanze contenute nell'acqua.

III. *Grassi.* — Questi alimenti hanno lo stesso comportamento del latte. Però la fluorescenza che appare intensa nell'olio di uliva e di mandorle dolci, è scarsa nell'olio di fegato di merluzzo. Una precauzione consiste nel non irradiare gli olii in recipienti di vetro, ma in capsule di porcellana.

In conclusione da queste ricerche appare che l'irradiazione di alcuni alimenti produce delle modificazioni fisico-chimiche e dinamiche, capaci di giovare all'organismo umano, in certe condizioni e stati morbosi.

Tali proprietà non si provocano se gli alimenti sono previamente bolliti o cotti o invecchiati. Una forte irradiazione altera gli elementi e la struttura degli alimenti, rendendoli inadatti alla somministrazione od utili all'organismo.

CARUSI.

☛ *Pubblicazione importante:*

Per una speciale concessione da noi ottenuta, siamo in grado di offrire ai nostri Signori abbonati l'importante pubblicazione del Prof. LUIGI FERRANNINI, della R. Università di Napoli

Manuale di semeiologia medica, fisica e funzionale

(4ª edizione).

Vol. in-8 di pagg. XII-680, con 215 figure intercalate nel testo ed 1 tavola a colori, elegantemente rilegato, che trovasi in commercio a L. 50, più le spese postali di spedizione, per sole L. 46.75.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

CONFERENZE.

Le basi generali ed i nuovi punti di vista terapeutici della medicina interna.

(W. H. VEIL. *Münch. med. Wochenschrift*, 7 gennaio 1927).

L'O., in questo suo discorso inaugurale all'Università di Jena, accenna dapprima al dualismo fra scienza e pratica in medicina; da molte parti si sente dire che i medici sono stati troppo in laboratorio e che essi invece devono stare al letto del malato facendo solo tesoro dell'intuizione che mette in rapporto col malato. Ma queste tendenze ci condurrebbero al più rozzo empirismo, mentre invece il medico deve considerare la sua professione come una parte del tutto e ritenere che le cognizioni scientifiche non possono che essergli di giovamento per comprendere i fenomeni della vita. Ed è alle radici di questa che noi dobbiamo andare per cogliere il frutto delle nostre conoscenze. La vita, di fatto, non è la funzione di un solo organo, di un cuore, di un cervello, di un midollo, ma è data dall'unione della vita e dell'azione di poche e modeste funzioni di organi. E la vita complessiva può ancora essere possibile nonostante gravi lesioni e distruzioni di organi perchè le forze naturali possono mantenere ancora il meccanismo delle più fini parti costituenti, gli joni, che seguono delle leggi fisiche.

Noi conosciamo da tempo che, per le funzioni della nostra vita, è una condizione indispensabile il centro respiratorio. Noi conosciamo, d'altra parte, il significato del centro del vago, per cui, in seguito a processi che lo eccitano, si ha un rallentamento del polso; conosciamo pure il funzionamento del centro termoregolatore per cui si può paralizzare la produzione di calore, aprendo la ventilazione che asporta il calore dal corpo. Ma queste cognizioni così slegate non hanno assunto importanza per il medico che quando si è arrivati a comprendere tutto l'intreccio del meccanismo di regolazione, in modo da poter influire su di esso, meta che si è raggiunta sotto l'influenza delle ricerche sul sistema nervoso vegetativo e su quello endocrino. La conoscenza di questo potente circolo delle forze, vera base della vita, che sta in stretta dipendenza con il sistema vegetativo e nervoso, è necessaria per il medico pratico, il quale deve seguire ed applicare i consigli che gli vengono dalle scuole e dai laboratori e dare ad essi, d'altra parte, i risultati della sua esperienza.

Un altro campo ancor più importante di ricerche è quello della chimica fisica, la dottrina

delle funzioni della materia. Le cognizioni accumulate per secoli dalla chimica sarebbero sterili se noi non conoscessimo le più fini particelle della materia e non potessimo studiarne la loro vita intensiva che si riduce sostanzialmente al solo movimento. Ed è proprio in questo campo, dove la natura vivente e quella inanimata diventano finalmente comprensibili per noi, che si trova il pernio del nostro lavoro.

La vita organica incomincia là dove le particelle più piccole chimicamente attive, gli joni, sottostanno ad un complesso che si distingue dalla restante massa senza vita per le sue particolari forze regolatrici. Ogni organismo vivente, da quello più piccolo unicellulare al mammifero più altamente organizzato, l'uomo, è in tal modo, un mondo a sè, determinato da un principio regolatore che governa l'interna vita degli joni e che da essi è governato. Il sorgere di un tale complesso vivente, d'altra parte, è indissolubilmente connesso con lo sviluppo di corpi chimici, ad elevato numero di molecole, le così dette sostanze colloidi, fra le quali si deve annoverare in prima linea l'albumina. Si hanno poi sistemi colloidi che possono essere ritenuti come i primi rudimenti della vita. Appunto su di essi si fonda l'impulso regolatore poichè essi, da un lato con la formazione di superfici e di membrane e con la separazione e limitazione, dall'altro con le funzioni di costruzione e di degradazione dei materiali danno un nuovo potente impulso alla vita complessiva degli joni nell'organismo e sono essi stessi formatori di joni. E noi giudichiamo del grado di sviluppo di un organismo da quello di differenziazione dei suoi dispositivi regolatori.

Un'espressione di tale stato di cose possiamo trovarla nella fine struttura altamente sviluppata del sistema nervoso vegetativo dell'uomo. Esso è in certo modo la piattaforma su cui si regola il meccanismo degli joni di tutto il corpo ed è in così stretta dipendenza da questo, che il suo modo di essere si può esprimere nell'equilibrio degli joni di calcio e di potassio. Un disturbo di tale equilibrio significa lo spostamento del sistema nervoso vegetativo secondo una delle due direzioni; quando esso è in favore del calcio, si esplica nella direzione del simpatico, quando è in favore del potassio, dal lato del parasimpatico, cioè da quello del vago. Così pure l'equilibrio calcio-potassio, decorre parallelo con quello degli idrogen- ed ossidril-joni. La concentrazione degli idrogenioni del sangue è quella che regola il più importante centro vegetativo, il centro respiratorio ed anche gli joni dell'anidride carbonica, che sono di altissimo significato per l'assunzione dell'ossigeno nell'organismo e per tutta la respirazione interna cellulare. Cooperano anche il cloro ed il sodio e funzionano da sostanze di collegamento l'albumina e l'acqua.

Una volta compreso il significato vitale di tutto il meccanismo degli joni, si può sperare di agire in una data direzione introducendo nell'organismo dei corpi che possono cambiare la reazione dei succhi organici. Così si agisce con l'uso di acque minerali alcaline del tipo della Vichy. Certamente non si può pretendere in tal modo di modificare in grande il decorso dei processi vitali. Ma, in certi casi, in cui si tratta p. es., di opporsi ad una abnorme acidificazione dell'urina ed alla formazione di calcoli che con questa è connessa, le acque alcaline sono di grande giovamento. Viceversa, nelle malattie renali può essere desiderabile ottenere la massima possibile demineralizzazione.

Del tutto diversamente vanno le cose con molti medicamenti, di cui la medicina pratica conosce che sono utili per determinati processi, ma ne ignora l'intimo meccanismo di azione. Prendiamo, per esempio, l'antichissimo acido salicilico che un tempo veniva dato come infusione di bacchette di salice ed ora viene largamente usato dai profani sotto forma di aspirina. Quando esso arriva nei polmoni incomincia a modificare la tensione dell'acido carbonico nel sangue, ed abbassa anche la quantità degli joni che stanno a disposizione del sangue per asportare le scorie del ricambio interno, la così detta riserva alcalina. Ma, d'altra parte, esso scaccia attraverso i reni, in quantità maggiore detti alcali, ciò che è reso possibile dal fatto che il sangue, malgrado la diminuzione della quantità totale degli alcali, diventa più alcalino che prima. E tutto l'effetto sul meccanismo degli joni, tale rimedio lo ha per il fatto che esso agisce sul centro respiratorio. Questa influenza viene esercitata dall'acido salicilico in modo diverso da quella di altri medicamenti che agiscono sullo stesso centro.

Noi non conosciamo la via per cui l'acido salicilico esercita l'azione favorevole sulla particolare intossicazione sanguigna che sta alla base del reumastismo articolare. Ma, appunto con quanto si è detto, si possono spiegare gli sfavorevoli effetti concomitanti, quali la dispnea che può raggiungere un alto grado, il vomito, l'azione di parestesia su diversi nervi di senso, come il ronzio di orecchi. D'altra parte, la conoscenza degli effetti chimico-fisici del rimedio, ci dà la possibilità di ovviare a molti sintomi subbiettivi.

Nella caffeina abbiamo un rimedio, in cui le azioni chimico-fisiche compensano in certo modo quelle dell'acido salicilico. Anche con essa, si ha aumento della reazione alcalina del sangue

e perdita di acido carbonico per i polmoni e di alcali per i reni. Però, contrariamente a quanto avviene con l'acido salicilico, si ha con essa anche un aumento della riserva alcalina nel sangue e di quei corpi che, fissando le diverse scorie, sono in grado di liberarne gli organi. All'aumento del deflusso attraverso i reni, corrisponde un aumento di deflusso dai tessuti; con l'azione sul centro respiratorio, si ha un miglioramento della respirazione interna e possiamo parlare di eupnea, invece della dispnea da acido salicilico.

L'unione dei due rimedî, come si pratica da tempo assomma le loro buone proprietà; l'azione della caffeina sulla respirazione interna diventa più forte e l'acido salicilico viene portato più presto all'eliminazione per la possibilità del sangue di fissare una maggiore quantità di corpi acidi e di condurli ai reni. D'altra parte viene diminuita l'azione della caffeina sulla corteccia cerebrale e non si ha più l'insonnia, specialmente poi se vi si associano anche degli oppiacei.

Un altro esempio del vasto campo in cui si muovono le odierne ricerche ci è dato dalla digitale, che è stato ritenuto il prototipo dei rimedî organotropî. Essa risveglia l'autonomia di tutti gli organi vegetativi: aumenta eccessivamente l'acidità dell'urina, provoca nello stomaco la secrezione di un succo ricco di acido cloridrico, eccita il pancreas ad una maggiore attività nel ricambio dello zucchero, aumenta lo stato di tensione dello stomaco e dell'intestino la eccitabilità di tutta la muscolatura striata, in modo tale che si possono anche avere degli stati convulsivi fino alla tetania.

La spiegazione di questi fatti si trova nell'eccitazione del sistema nervoso autonomo, anzitutto del centro del vago e subordinatamente di tutti gli altri centri vegetativi. Oltre a ciò si hanno anche notevoli modificazioni del sangue nel senso di un'alcalosi, ancor maggiore che con la caffeina e, come per questa, una sottrazione di alcali dai tessuti, specialmente da quello connettivo.

Con questo aumento dell'autonomia degli organi, viene turbato il ricambio degli joni; ma, quando tale turbamento già esista in forte grado, come nell'idropisia, l'eccitazione dell'autonomia degli organi può riportare l'equilibrio e fare scomparire l'idropisia.

La considerazione di queste modificazioni chimico-fisiche toglie alla digitale il carattere che finora si riteneva specifico di rimedio organotropo per il cuore e la colloca fra i rimedi più ricchi di influenze e dall'azione più durevole.

In contrapposto, vi sono altre sostanze che abbassano l'autonomia degli organi, come, p. es., lo jodio. Lo troviamo aumentato nel sangue (lo jodio è un componente normale dell'organismo) quando, in séguito a disturbi del ritmo cardiaco, si ha un aumento dei battiti ed un abbassamento della autonomia del cuore.

Vi sono poi dei casi in cui l'autonomia degli organi risalta più fortemente di quanto sarebbe desiderabile, come si verifica nella vagotonia generale o nei disturbi vagotonici dei singoli organi: cuore, reni (oliguria primaria), polmoni (asma bronchiale); lo jodio allora può usarsi con vantaggio per ricondurre gli organi alla normalità.

Quando noi consideriamo sotto tali punti di vista i nostri rimedî, la rappresentazione che noi ci facciamo della malattia e della personalità ammalata ed il trattamento terapeutico ci appaiono in un tutto unico; incominciamo allora realmente ad individualizzare la malattia ed a curare non più la malattia, quale ci è descritta nei trattati, ma l'uomo nelle sue funzioni disarmoniche.

Anche nelle malattie nervose e funzionali, la parte principale spetta all'internista, il che non toglie che anche il psicoterapeuta possa agire sugli intimi recessi dell'animo e portare alla guarigione.

Con queste considerazioni, è un lembo di storia della natura che si dischiude dinnanzi agli occhi i quali possono comprenderlo bene soltanto se educati alla scienza della natura. L'occhio di chi è dotato di intuizione vede più rapidamente e forse anche più acutamente, ma il giudizio sicuro su ciò che ha veduto lo potrà dare soltanto chi ha anche affinato il suo spirito con il lavoro faticoso. Vasto certamente al pari di quello della chimica e della fisica è il campo dell'arte di guarire; quelle stringono nelle mani il cosmo, noi la scienza della vita.

FILIPPINI.

Interessante pubblicazione:

Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze - Medico principale nelle Ferrovie di Stato.

La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge

(AD USO DEI MEDICI PRATICI)
Seconda edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata.

Un grosso volume di pagine XXIV-1004, nitidamente stampato su carta distinta ed artisticamente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **80**, più le spese postali di spedizione, che agli abbonati è concesso pagare in due rate di L. **40** ciascuna, la prima subito e la seconda alla distanza di tre mesi. Al ricevimento della prima rata di L. **40** si spedisce il volume in pacco postale a porto dovuto.

Coloro che desiderano ottenerlo per sole L. **70** e risparmiare anche la spesa del pacco postale debbono inviare subito Vaglia Postale o Bancario da L. **70** all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - ROMA e lo riceveranno immediatamente franco di porto.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Perturbazioni nervose e mentali in rapporto con la tubercolosi.

(BRUCHANSKY. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, v. 85, n. 5-6).

L'importanza della tubercolosi nella provocazione di disturbi nervosi e mentali è differentemente valutata a seconda dei varî autori. Mentre alcuni ritengono che si tratti di semplice coincidenza, altri credono che la tubercolosi abbia soltanto l'ufficio di agente provocatore ed altri infine sostengono che vi sia un rapporto di causa ad effetto. Il lavoro dell'A. si fonda sull'osservazione di 240 casi studiati in un sanatorio della Crimea.

È anzitutto necessario considerare non soltanto il quadro presentato dal malato, ma anche la sua evoluzione. Molti autori descrivono come reazioni psicogene parecchie delle perturbazioni nervose e mentali date dalla tubercolosi. Tali pretese reazioni psicogene stanno senza dubbio in stretto rapporto con la natura ed il grado del processo tubercolare ed anche con le condizioni morali dell'ambiente; è probabile che esse si producano nell'ambiente sgradevole di certi sanatorî più che altro simili a prigioni o ad ospedali; condizioni del tutto diverse si avevano nel sanatorio in cui l'A. ha fatto le sue osservazioni.

L'A. esclude nel suo studio le parole di neurastenia e di isterismo, che non vanno considerate come malattie a sè, ma come forme di reazione.

Colpisce nella statistica dell'A. la frequenza dei casi di schizofrenia (19), in 13 dei quali si trova la tubercolosi. In 10 di essi, si aveva sclerosi delle temporali, sebbene si trattasse di individui sotto i 30 anni. Questo starebbe a dimostrare i rapporti fra arteriosclerosi precoce e schizofrenia e fa pensare alla possibilità che abbia in questo una qualche influenza il disturbo del metabolismo della colesterina.

Nel gruppo degli epilettici (16 casi) ve n'è uno in cui il decorso clinico del processo è del tutto parallelo a quello della tubercolosi.

Il gruppo più interessante è quello in cui si osserva l'acutizzazione del carattere e la schizoidizzazione della personalità in causa della tubercolosi. Le caratteristiche di questi gruppi sono: l'aumento dell'irritabilità, la tendenza alle esplosioni affettive e la cefalea. L'A. ricorda a tale proposito il concetto di Alfejevsky, secondo cui molti delitti troverebbero la spiegazione nei disturbi affettivi provocati precocemente da un processo tubercolare. Molti malati, sotto l'influenza della malattia tubercolare, manifestano esplosioni di irritabilità che impediscono il dominio di sè stesso. I due gruppi, che hanno reciproci rapporti, mostrano ugualmente dei disturbi dell'umore e dello stato generale. Nella maggior parte, gli infermi manifestano molestie subbiettive indefinite, in nessun caso si potè osservare un'euforia, ma sempre invece un umore depresso ed irritabile. L'eredità di malattie mentali, di psicopatie e di alcoolismo potè dimostrarsi soltanto nel 29 % dei casi.

In 16 casi, si potè rilevare la schizoidizzazione della personalità. È caratteristico del quadro clinico il cambiamento della personalità e del carattere, non solo nella esaltazione delle peculiarità del temperamento ma anche nell'orientamento della struttura psichica dell'individuo verso il carattere schizoide. Sotto l'influenza del processo tubercolare, compaiono nel psichismo dell'individuo delle particolarità squisitamente schizofreniche: concentrazione autistica, apatia, mancanza di chiarezza nel pensiero, ecc. L'A. ritiene di essere stato il primo ad enunciare tale concetto, che si trova accennato soltanto in un antico lavoro di Heinzelmann che aveva osservato nei tubercolosi una certa difficoltà nella coordinazione dei concetti.

Nessun rapporto si rilevà fra la schizoidizzazione e l'età del soggetto. Interessante il fatto che i picnici (che sarebbero proclivi alla mania depressiva) schizoidizzano la loro personalità sotto l'influenza della tubercolosi, ciò che fa pensare al problema della influenza dei componenti esogeni nello sviluppo della personalità.

Nel gruppo delle reazioni isteriche e neurosiche, l'A. distingue tre varietà: quella vegetativa con disturbi del sonno, perdita di appetito, alterazioni digerenti, cefalea, ecc.; quella iperestesica, con irritabilità esagerata, sensibilità, inquietudine interna, sonni agitati, umore facilmente variabile, aumento dei riflessi; e quella depressiva irritabile.

Le reazioni isteriche (12 casi) sono state diagnosticate soltanto quando il sintoma isterico predominava nettamente sugli altri. In certi individui, che non avevano mai sofferto di isterismo, si ebbero attacchi tipici dopo l'inizio della tubercolosi.

In 8 casi si ebbero manifestazioni nervose in rapporto con l'arteriosclerosi, che non era spiegata dall'età del paziente, ciò che dimostra che l'arteriosclerosi precoce è più frequente di quanto si creda.

Un altro concetto, relativamente poco studiato finora, è quello della fatica da lavoro intellettuale; l'A. riporta numerosi dati che dimostrano l'influenza somatica della fatica mentale.

FILIPPINI.

SISTEMA OSTEO-ARTICOLARE.

Le affezioni dell'articolazione sacro-iliaca.

(LUX. *Wien. Klin. Woch.*, 1927, n. 3).

Lo studio della sincondrosi sacro-iliaca, prima trascurato, è invece assai meritevole di attenzione, tanto più che essa è da considerarsi come una vera articolazione, essendo dotata di una sinoviale, come l'ha descritta Albee. E se prima poteva esservi confusione diagnostica tra le affezioni di questa articolazione e p. es. la lombaggine o la sciatica, ora gli studi degli americani specialmente hanno fatto un po' di luce sull'argomento. L'A., valendosi della sua lunga esperienza in proposito, distingue artriti acute e croniche della a. s. i. di origine quasi sempre traumatica.

Specie nei giocatori di golf sono frequenti tali alterazioni, e la donna vi è più disposta, a causa del rilassamento dei legamenti utero-sacrali dopo il parto.

L'anamnesi è spesso questa: pazienti che, dopo un trauma unico, o piccoli traumi ripetuti, consultano il medico abbastanza tardivamente, per un dolore al sacro o alla colonna lombare, che insorge specialmente in certi movimenti (sedersi, camminare, ecc.), e che si irradia all'arto inferiore.

Allora la diagnosi è quasi sempre di lombaggine o anche di sciatica.

All'esame obbiettivo molte volte si trovano presenti il sintoma di Lasègue, e il dolore alla pressione dell'osso innominato; è allora difficile porre la diagnosi differenziale tra artrite sacroiliaca con secondaria partecipazione dello sciatico e vera sciatica o vera lombaggine.

L'A. si comporta così nella ricerca dell'affezione: Il paziente nudo viene posto in posizione prona, col bacino rialzato da due cuscini posti sotto l'addome. Si cerca ora di localizzare, con la pressione del dito, il punto del massimo dolore e spesso lo si trova circa all'altezza della quarta vertebra sacrale, in corrispondenza del legamento sacro-iliaco posteriore, a livello della articolazione. La pressione quivi localizzata quasi sempre provoca vivissima reazione dolorosa.

Poi si pone il paziente di fianco, giacente col lato sano sull'orlo del letto, e in maniera che l'arto inferiore del lato malato penda fuor del letto incrociando quello del lato sano. La modica pressione esercitata col dito indice della mano destra sul lato esterno del ginocchio dell'arto pendente, non provoca dolore. Se ora con la sinistra si induce la spalla del lato malato a toccare colla parte dorsale la superficie del letto, provocando così una torsione del tronco, e indi si preme nuovamente col palmo della mano destra in corrispondenza del ginocchio del lato malato, si provoca vivissimo dolore, che il paziente stesso localizza al punto sopradescritto. Tale ricerca richiede però molto esercizio.

Nelle forme acute, la sintomatologia non varia. La diagnosi etiologica terrà conto della tubercolosi (rarissima), della blenorragia (anamnesi), della retroversione uterina nella donna (esame ginecologico).

In un caso che l'A. descrive, durante una partita al golf, il p. provò acuto dolore al sacro, che non cessò e si manifestò anche nel camminare. Fu fatta da un medico diagnosi di artrite sacroiliaca, ma una successiva indagine radiologica svelò un calcolo nell'uretere destro. Quindi la radiografia sarà utile in questi pazienti. Essa però riesce negativa in casi di artrite sacro iliaca, anche inveterata, ed ha solo un valore di esclusione.

Alterazioni anatomiche vennero cercate a spiegare l'affezione. Non si trovarono nè lacerazioni dei legamenti, nè distrazioni dei tessuti vicini, nè accenno alla lussazione con indagini radiologiche accurate, specie in posizione sagittale. È in causa un'alterazione della sinoviale? È ancora questione da chiarire.

La irradiazione del dolore all'arto inferiore lascerebbe supporre una partecipazione secondaria dei nervi sacrali al processo; Finkelstein dà gran valore alla partecipazione del m. psoas e cura questi malati con lo stiramento del muscolo in narcosi, fissando con un apparecchio gessato l'arto inferiore in estensione forzata e rotazione esterna.

Riguardo alla terapia, vantaggi si ottengono dai massaggi, dalla diatermia, dal riposo a letto, dalla sospensione alla Glisson; il dolore forte si combatterà cogli analgesici.

GARRONE.

Sugli emangiomi della colonna vertebrale.

(EINAR PERMAN. *Acta Chir. Scand.*, vol. LXII, f. I).

L'A. eseguì, colla diagnosi di tumore del midollo, una laminectomia in una donna di 24 anni che da due anni presentava segni di una mielite da compressione. Trovò l'arco dell'8ª vertebra dorsale ipertrofizzato e così vascolorizzato da dar luogo a una pericolosa emorragia. Seguì una *restitutio ad integrum* della funzione degli arti inferiori, perfetta. L'esame microscopico rivelò un emangioma dell'osso che secondo i radiogrammi aveva infiltrato tutta la vertebra. In essi questa appariva finemente reticolata.

Riporta altri 10 casi simili esistenti nella letteratura, tutti studiati *post mortem*. In 6 i malati

morirono in seguito alla mielite da compressione, 4 furono casuali reperti di autopsia. La compressione del midollo rappresentava in tutti l'aspetto clinico più importante. Non si sono mai osservati sintomi dolorosi radicolari contrariamente a quanto accade per lo più nei tumori epiteliali metastatici delle vertebre. Sintomi a carico della colonna o sono sempre mancati oppure sono apparsi solo in uno stadio molto avanzato della malattia. In un solo caso la vertebra lesa, sede dell'infiltrazione angiomatosa, venne del tutto schiacciata. Non ostante la diffusione del tumore senza limiti netti nell'osso e anche al difuori di questo l'A. considera queste lesioni come di benigna natura. Discute un caso pubblicato recentemente da Gold della clinica di von Eiselberg e interpretato differentemente che l'A. ritiene invece un emangioma della colonna.

MANFREDO ASCOLI.

Nearthrosis genu supracondylica.

(STANISCHEFF. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 142, 1926).

Dopo i lavori di Murphy, Payr, Lexer, Bier la neoartrosi del ginocchio è un'operazione utilizzabile ma rimane sempre il pericolo di una infezione latente per una eventuale indicazione operativa. Le note regole per l'indicazione operatoria di un lasso di tempo di 6 mesi dalla guarigione delle ferite, dalla scomparsa dell'edema e dei dolori, come l'applicazione di stimoli meccanici come massaggio, colpi che possono richiamare una reazione infiammatoria rappresentano dei mezzi fallaci. Vi sono dei casi nei quali bisogna attendere almeno 2-3 anni.

In un individuo di 19 anni in cui per una infezione traumatica dell'articolazione del ginocchio erasi stabilita una fissazione, l'A. ha praticato la neoartrosi supracondiloidea con la seguente tecnica: taglio di Kirschner, preparazione della rotula e arrovesciamento di tutto il lembo in altò fino a lasciare liberi i condili femorali, sezione trasversale del femore sopra l'estremità superiore dei condili, modellamento delle due superfici di sezione come per una neoartrosi del ginocchio secondo Murphy con una parte sporgente verso l'estremo tibiale ed una rientrante nell'estremo femorale; interposizione fra i due capi di un lembo libero di fascia lata preso dalla parte vicina mediante un'incisione arcuata. Ricostituzione della tuberosità tibiale con punti e chiusura delle parti molli per prima senza tamponamento, immobilizzazione.

Dopo 8 giorni furono iniziati i movimenti passivi ed attivi; al 12° giorno il malato, aiutato da una gruccia, potè cominciare a reggersi sulla gamba operata. La ferita guarì per prima. Al 48° giorno il ginocchio venne passivamente piegato fino a 100° mentre l'incurvamento attivo raggiunse i 30°. Ogni giorno furono fatti massaggi meccanici ed elettrici. L'esame radiografico al 2° mese fece notare una fessura articolare. La piegatura attiva del ginocchio raggiunse i 35° ed in questo stato l'infermo venne dimesso dalla Clinica.

R. BRANCATI.

CISTI IDATIDEE.

Ricerche sulla permeabilità delle cisti idatidee e sulla natura della tossina idatidea.

(G. LEMAIRE. *La Presse Méd.*, n. 75, p. 1187, 1926).

Reazioni sierologiche negative prima dell'operazione possono divenire positive dopo in casi di cisti di echinococco. La negatività delle reazioni in casi di echinococcosi accertata fu spiegata con la impermeabilità della parete cistica, quando è intatta, così come la positività dopo l'operazione si spiega con l'assorbimento di liquido cistico attraverso i tessuti.

Le reazioni sono: la Gheldini-Weinberg (deviazione del complemento); la Heig e Lisbonne (precipitoreazione); la Casoni (intradermoreazione).

Le due prime è riconosciuto concordemente che danno il 20 % circa di risultati positivi. Thielle avrebbe invece ottenuto il 50 % di reazioni positive. Però su 14 casi in 10 la reazione sarebbe stata praticata sicuramente prima dell'operazione: e di questi in 2 soltanto (20 %) sarebbe stata positiva.

L'A. in 24 casi di echinococcosi accertata ebbe 4 casi positivi (17 %) di reazione di Weinberg. Tali risultati vengono spiegati con la impermeabilità della parete cistica. In tutti questi casi 21 volte la reazione di Casoni riuscì positiva (87 %) e se si eccettua un caso di cisti morta si ha il 91 %. Per localizzazione: 12 casi del fegato; 6 casi del polmone; 6 casi varii. La Casoni fu positiva in 11 casi del fegato; in 5 casi del polmone; in 5 casi varii. Fu negativa in 1 caso del fegato (cisti morta); 1 caso del polmone (cisti multiple); 1 caso del peritoneo (cisti multiple). Negli altri 16 casi si trattava di cisti sterili. La Casoni positiva inficia l'ipotesi della impermeabilità della parete cistica, e dimostra un'affinità speciale della tossina idatidea per il derma. La reazione negativa nei casi di cisti multiple può essere dovuta ad inibizione per intossicazione massiva.

In 39 casi presi per controllo della Casoni 3 volte si ebbe risultato positivo (un ascesso amebico del polmone, un cancro del fegato ed una tubercolosi bronco-polmonare); nel 1° e nel

3° caso era anche positivo lo choc peptonico (iniezione intradermica di brodo ordinario); nel 2°. caso la prova non fu compiuta.

Separando con dialisi del liquido cistico le albumine, il filtrato produceva in 5 casi reazione specifica ed in uno di essi più intensa che con liquido integro. Perciò consiglia di servirsi per la reazione di liquido dializzato.

NB. — La bassa percentuale delle reazioni positive di Ghedini-Weinberg contrasta con i risultati di altre statistiche, le quali danno cifre, che si aggirano tra 65-80 % di reazioni positive.

JURÀ.

Cisti idatica e radioterapia.

(DEVÉ, BILLIARD e DECOULARÉ. *Soc. de Biol.*, 18 ottobre e 20 dicembre 1924).

In un precedente lavoro avevano già stabilito (giugno 1922) la resistenza degli scolici di echinococco ai raggi Roentgen.

Nella prima nota riferiscono i risultati avuti con la membrana germinativa inoculando sottocute della sabbia idatica (da cisti di montone) contemporaneamente all'inguine ed alla regione scapolare di conigli. In un coniglio dopo 109 giorni si hanno tumefazioni come un pisello e praticano in uno dei due tumoretti, in modo che l'altro rimaneva come controllo, un'applicazione di raggi X di 5 H con 3 mm. di Al. Dopo un mese la grandezza dei due tumori cistici è uguale (come una fava); altra applicazione di raggi di 5 H, con 3 mm. di Al. per un'ora. L'animale venuto a morte presentava una cisti trasparente, divisa in 3 gruppi e con l'aspetto uguale al controllo.

In un altro coniglio ebbero gli stessi risultati concludendo che le cisti idatidee acefalocisti, ancora sterili, sono refrattarie ai raggi X. Da tali risultati si può detrarre che i raggi saranno ancora inefficaci nelle cisti umane che sono in condizioni meno favorevoli (volume, profondità, fertilità).

Nella seconda nota riferiscono le esperienze di Arce comunicate alla Società di chirurgia di Buenos Ayres nell'aprile 1924. Questo autore esponeva in vitro della sabbia idatidea per un'ora all'azione d'un tubo irradiante con la tensione di 200.000 volts, come prima per la terapia dei tumori maligni, e dopo trovava gli scolici quasi tutti disintegrati: la corona di uncini perdeva la sua forma, non si avevano movimenti, scomparivano i vacuoli e i contorni.

Devé ha inoculato sottocute in conigli della sabbia idatidea normale come controllo in un lato e nell'altro della sabbia sottoposta ai raggi X. Intanto al microscopio la sabbia non mostrò alcuna alterazione negli scolici nè nella struttura nè nei movimenti. L'esame dopo circa 50 giorni delle cisti sviluppatesi dalla sabbia inoculata sia normale come irradiata non fece rilevare differenza.

Anche in questa seconda esperienza pur non usando alcun filtro ed utilizzando una dose doppia dell'A. argentino non ebbero alcun risultato per cui credono non si possa ancora parlare di radioterapia profonda per la sterilizzazione delle cisti idatidee.

Nella terza nota prendendo occasione della comunicazione di Arce fatta all'Accademia di medicina ed alla Società di chirurgia di Parigi sull'azione distruttiva dei raggi X sullo scolice di echinococco, riferiscono i risultati sulla sabbia echinococcica con le dosi massime di raggi senza filtrazione con risultato sempre negativo. Gli scolici rimangono intatti sia nella loro composizione ed aspetto come nella proprietà di muoversi col riscaldamento.

Quindi allo stato attuale la radioterapia penetrante si può dire incapace a provocare la sterilizzazione delle cisti idatidee.

BR

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Geschlechtskrankheiten bei Kindern. Herausgegeben von A. BUSCHKE u. M. GUMPERT. Berlin, Springer, 1926. Prezzo: Rmk 5,40.

In Germania, e anche altrove, in questi ultimi anni dopo la guerra, le malattie veneree nell'infanzia hanno purtroppo subito un considerevole aumento. Fra i dati relativi ai maggiori centri, basti fra tutti citare le statistiche di uno dei più grandi ospedali di Berlino dalle quali si apprende che in un triennio, dal 1921 al 1924, il numero di bambini affetti da malattie veneree — sopratutto acquisite — si è quasi raddoppiato. In mezzo a tale sconfortante diffusione il nuovo libro che ora vede la luce rappresenta una specie di guida medico sociale per chi svolge la propria attività nel vasto campo della protezione dell'infanzia: scopo suo precipuo quello di fornire uno sguardo sulle molteplici questioni d'ordine medico, psicologico, giuridico, sociale riferibili ai singoli casi.

Nei primi capitoli viene succintamente trattata la patologia e la cura delle varie malattie veneree. Nei seguenti i rapporti tra esse e le anomalie psichiche infantili. Chiude infine un lungo e diffuso capitolo del dott. Fischer Defoy, medico municipale di Francoforte, sui varii momenti della lotta sociale contro le malattie veneree nell'infanzia.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Ottima la veste tipografica delle 106 pagine del testo: poche ma eccellenti le figure.

M. AGOSTINI.

FRITZ VEIEL. *Die Behandlung der Psoriasis.* Carl Marhold, editore, Halle a. S., 1925.

Questa nuova pubblicazione del dott. Fritz Veiel fa parte dell'interessante raccolta di volumi riguardanti la dermatosifilografia che in Germania va pubblicandosi sotto la direzione dei professori Jadassohn e Pinkus (« Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermat. u. Syphilidologie », Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.). Ogni volume, costituito da varii fascicoli, ciascuno compilato da autori diversi, noti nel campo venereo-dermatologico, riguarda argomenti salienti della specialità e campi affini.

Nel fascicolo che ora viene alla luce il Veiel, dopo alcune considerazioni generiche di patologia della psoriasi, passa in rassegna, può dirsi, tutta l'attuale terapia della dermatosi parlandoci dei varii suoi mezzi di cura, interni, esterni, locali. Purtroppo, all'oscuro tuttora dell'etiologia dell'affezione, manchiamo di alcun mezzo terapeutico capace di garantirci una guarigione definitiva o, per lo meno, duratura di essa. Giova purtuttavia tener presente, in linea generale, quanto l'A. accenna nel concludere il suo dire: 1) la scelta del rimedio dovrà adattarsi allo stadio nel quale la dermatosi a noi si presenta; 2) esiguo sarà il numero dei rimedi; il medico avrà però il dovere di bene conoscerli in tutta la loro azione.

La monografia, corredata da un ricco ricettario intercalato nel testo, si raccomanda agli specialisti ed ai pratici, in special modo per la sua compiutezza e per la semplicità dell'esposizione.

M. AGOSTINI.

Report on the Scientific Researches on the Venereal Diseases. Un vol. in 8° di 71 pag. U. S. Social Hygiene Board, New York.

Questa pubblicazione che, sebbene edita nel 1924, ci è pervenuta soltanto in questi ultimi tempi, riunisce e riassume le ricerche fatte dall'Ufficio di Igiene sociale degli Stati Uniti sui migliori metodi per lo studio, la profilassi e la terapia delle malattie veneree. Tali studi riguardano la blenorragia (tipi diversi di gonococco, reazioni per la diagnosi), l'ulcera molle e la sifilide (metodi di colorazione e di diagnostica generale, di trattamento, ecc.).

Con la pubblicazione e la diffusione di questi lavori, l'Associazione americana di igiene sociale acquista notevoli benemerenze nel campo della profilassi delle malattie veneree. *fil*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 27 febbraio 1927.
Presidenza: prof. E. MONDOLFO.

Di un nuovo ipotensivo.

A. LAMA (Faenza). — L'O., avendo avuto occasione di studiare diverse persone già sifilitiche con ipertensione arteriosa notevole (sopra i 250 mm. di mercurio), ha notato che dopo un certo periodo di cura con sali di bismuto la pressione arteriosa controllata con gli sfigmonometri si abbassa e rimane diminuita per diverso tempo, anche per mesi. Avendo poi avuto occasione di esaminare altri individui con ipertensione arteriosa notevole, in cui la sifilide per anamnesi e per controllo siero-diagnostico del sangue non esisteva, casi cioè di ipertensione arteriosa detta essenziale o in rapporto con sclerosi vasale e specialmente renale, ha voluto provare su tali individui lo stesso trattamento ed ha ottenuto pure una notevole e permanente, fino ad ora almeno, diminuzione della loro pressione arteriosa.

Si è servito di sali indisciolti di bismuto in sospensione e cioè i tartrobismutati o gli ossidrati. La dose iniziale per entrambe le qualità è di 0,5 cc. di sospensione, aumentata poco dopo fino ad 1 cc. per gli ossidrati, a 1,5 cc. e a 2 cc. per i tartrobismutati. Ha adoperato il tartrobismutato doppio di sodio e di potassio (trepol) ogni 5 giorni e l'ossidrato di bismuto (casbis) ogni 3 giorni. Il periodo di cura per il casbis è di 15 iniezioni, per il trepol di 18.

Talvolta ha fatto 2 o 3 periodi di cura, alternati con un mese di riposo.

Di un nuovo riflesso.

A. LAMA (Faenza). — L'O. non ha trovato ancora descritto un riflesso che gli vien dato osservare di frequente e che si mette in evidenza facendo pervenire un getto di acqua fredda o tiepida sul perineo di un individuo sdraiato a muscoli rilasciati e che prima abbia nella vescica urinaria una determinata quantità di liquido o naturalmente raccoltosi od artificialmente immessovi (specie se l'uretra è piena del liquido e tenuta chiusa al meato). In cotal modo il getto d'acqua provoca una contrazione della vescica urinaria ed una emissione a getto del liquido contenuto nell'uretra. Tale riflesso sarebbe assente in qualche malattia, ad esempio nella tabe. Si riserva ulteriori studi.

Sopra una forma monosintomatica di encefalite epidemica.

E. MONDOLFO (Cesena). — L'O. tratta di una particolare forma di encefalite epidemica afebbrile, essenzialmente caratterizzata da vertigini e da vomiti incoercibili.

Il rosso neutro per la diagnosi di tumore.

U. PASINI (Alfonsine). — La *reazione di Roffo* o del rosso neutro si produce aggiungendo ad 1 cc. di siero, *perfettamente limpido*, 5 goccie di rosso neutro *Gluber* all'1‰; nei sieri normali la colorazione è *gialla;* nei sieri di neoplasici la colorazione vira rapidamente al *rosaceo*, più o meno intenso. Un eccesso di rosso neutro intensifica la colorazione del siero neoplasico. Per la nettezza della interpretazione della reazione occorre rifiutare tutti i sieri con emolisi.

La semplicità del metodo, la facile tecnica, lo hanno invogliato ad esperimentarlo; su 20 casi di tumori maligni, di cui la maggior parte accertati con la biopsia o con l'esame istologico, la reazione è stata *nettamente positiva;* in due epiteliomi della faccia, senza metastasi ganglionari e senza risentimento generale, la reazione è a tutt'oggi negativa; in una operata di cancro della mammella (controllato istologicamente), la reazione positiva prima dell'intervento, si è manifestata negativa 30 giorni dopo; il caso è tuttora in osservazione. In due casi d'aborto la reazione è stata pure negativa e su 110 infermi affetti dalle più svariate forme (psoriasi, sifilide, appendicite, sciatica, ptosi viscerale, tubercolosi polmonare, artrite, ulcera dello stomaco, lupus, ernia, asma, cervicometrite) la reazione è stata pure costantemente negativa.

Di alcune nuove provette per colture, particolarmente adatte per speciali ricerche batteriologiche con terreni liquidi.

G. ARTUSI (Cesena). — L'O. fa vedere alcuni tipi di provette da lui ideate. Esse servono per la dimostrazione dei gas sviluppati dai microrganismi seminati in terreni liquidi e servono anche bene per la coltura dei germi anaerobi.

Nuovo procedimento tecnico utile nella diagnosi differenziale tra alcuni microrganismi.

G. ARTUSI (Cesena). — La dimostrazione dei gas sviluppati da microrganismi seminati su terreni liquidi si può ottenere anche con l'uso di due provette comuni di laboratorio di calibro diverso rovesciate l'una sull'altra e private d'aria mediante un procedimento molto semplice che l'O. illustra.

Un unico, nuovo e semplice terreno per la diagnosi differenziale tra bacilli del gruppo tifo-paratifo-coli.

G. ARTUSI (Cesena). — Quando si sia isolato un germe che per i caratteri, la forma, la grandezza, la mobilità, il comportamento con le colorazioni non possa ascriversi che al gruppo tifo-paratifo-coli, seminando nel latte glucosato e usando le provette suddescritte è possibile un'ulteriore differenziazione per l'assenza, la presenza e la quantità di gas sviluppatosi e il comportamento del latte.

Taglio cesareo in utero inerte per enorme distensione da gravidanza protratta oltre i 300 giorni.

E. MICELI (Longiano). — L'O. descrive un caso da lui operato con pieno successo nel suo Ospedale, di donna sicuramente gravida da oltre 300 giorni in cui col taglio cesareo mise alla luce una bambina viva del peso di kg. 5.200.

Esamina quindi le cause patogenetiche del ritardo nelle contrazioni uterine attribuendole ad alterata funzione di glandole endocrine e conclude fissando come netta indicazione per il taglio cesareo anche questi casi rarissimi per i quali esso rappresenta brillantissima ed unica risorsa.

L'uso dell'insulina nel collasso postoperatorio.

R. VICCHI (Faenza). — L'O. riferisce su due casi di collasso postoperatorio trattati coll'insulina, senza la preventiva iniezione di siero glucosato praticata da altri.

L'esito è stato brillante e di rapido effetto: in uno dei due ammalati l'iniezione di insulina fu fatta una seconda volta perchè a distanza di 24 ore si era ripetuto il collasso.

L'O. attribuisce lo choc postoperatorio a un disquilibrio funzionale acuto delle ghiandole a secrezione interna.

La cura chirurgica dell'angina pectoris. Rivista sintetica.

G. COLLINA (Faenza). — Allo stato attuale delle nostre cognizioni, la cura dell'A. P. rimane di competenza prevalentemente medica e potrà comprendere anche recentissimi trattamenti preconizzati, quali le iniezioni endovenose di sostanze radioattive (Na, Nysek) e l'anestesia paravertebrale fatta con le dovute cautele (Mandl).

Solamente dopo il costante insuccesso di tali mezzi conservatori ed in soggetti con soddisfacenti condizioni cardiache e con R. W. negativa, saremmo autorizzati al tentativo chirurgico.

Pare che l'indicazione sulla scelta del tipo d'intervento sia data dai caratteri clinici dell'accesso e che convenga, in crisi anginose determinate da riflesso pressorio (Danielopolu), portare la nostra azione sugli elementi simpatici, mentre nei casi di crisi a riflesso depressore sembrano utili le operazioni sul parasimpatico.

Questi interventi talora non solo hanno migliorato certi substrati anatomo-patologici e fisiopatologici dell'angor, ma hanno guarito inopinatamente certe cardiopatie fondamentali. È pertanto presumibile che un giorno possano essere applicati con successo anche per altre cardiopatie senza fatti anginosi.

Dott. PAOLO GALLI (Faenza), *segr.*

Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti.

Sedute del 14 e 21 marzo 1927.

Presidenza: prof. PIANESE, presidente.

Sulla istogenesi del cancro primario del pancreas.

Dott. S. FABOZZI. — Espone l'embriogenesi del pancreas, nei diversi momenti evolutivi, e il modo come si integrano mano mano gli abbozzi degli acini, e da cellule di questi gli isolotti primitivi, poi la formazione dei dotti escretori dal germe rimasto indifferenziato, e come essi dotti entrano in rapporti funzionali con gli acini definitivi, e da questi ultimi la insorgenza degli isolotti definitivi.

Dopo esposta la indipendenza funzionale delle varie parti, e la dimostrazione fisico-chimica delle cellule dell'epitelio esocrino ed endocrino, passa alla istogenesi delle forme di cancro primario. Dimostra di questo esistere tre forme, in rapporto alle tre specie di epitelio che compongono la glandola pancreatica, e ogni forma morfologica può, fino ad un certo punto, avere una sindrome clinica diversa, nella presenza o no del glucosio nelle urine. Chiarisce il concetto istogenetico dei germi degli isolotti *primari* coi quali le cellule neoplastiche hanno diversi punti di contatto, morfologico, aggruppativo e fisico-chimico. Parla della forma *escretiva*, più facile a riscontrarsi, e ne dimostra l'istogenesi dai tratti indifferenziati degli abbozzi primitivi. Espone infine la forma *escretiva esocrina o acinale*, che fa istologicamente derivare da cellule di abbozzi di acini primordiali, con le quali dimostra la similarità morfologica, fisiogenica e delle proprietà fisico-chimiche delle cellule del parenchima.

Fanno delle osservazioni i proff. CASTRONUOVO, TEDESCHI e PIANESE.

Prof. MASTRORILLI DE ANGELIS. — *Nuove notizie anatomo-morfologiche sui leoni.*

Difetti evolutivi del cervello dal punto di vista patogenetico.

Dott. G. AISENSCITAT. — Le osservazioni del R. concernono fanciulli da lui direttamente osservati, e indagini nei registri dell'ambulatorio della Clinica Psichiatrica per un periodo che va dall'anno 1894 al 1923.

Sotto il nome di *frenastenici*, egli dice, sono compresi tutti i soggetti che presentano forme di difettosa evoluzione del cervello. Sono quindi frenastenici gli idioti, gli imbecilli, i tardivi, i deficienti, i deboli di mente, i degenerati; espone i caratteri inerenti a ciascuna forma.

Classifica i frenastenici dal punto di vista patogenetico in ereditari e acquisiti. Come causa dei primi pone l'alcoolismo dei genitori, la sifilide, la tubercolosi ecc., dei secondi la meningite, la idrocefalia, l'encefalite, i traumi, il morbo di Little ecc. I casi da lui studiati ammontano a 510: 380 maschi e 130 femmine. Pone in rilievo come il numero dei frenastenici cresce dai 2 agli 8 anni, diminuisce dai 9 in sopra, aumenta di nuovo nel periodo della pubertà.

In base alle cause determinanti stabilisce dei raggruppamenti, e ne trae importanti conclusioni statistiche. Questi quadri, dice il R., sono certamente assai rattristanti, ma non per questo si deve rimanere inerti, invece si deve sentire la necessità di modificarne le disastrose conseguenze. Dimostra la possibilità della educazione dei frenastenici, accenna alla insufficienza degli adeguati istituti di cura, e prospetta la necessità della inibizione del matrimonio a scopo di profilassi sociale.

Fanno osservazioni i proff. CAPASSO e DE STEFANO.

Un anno di esperienza sulla colecistografia.

Dott. G. PICCININO. — L'O., dopo avere accennato alle difficoltà che talvolta si riscontrano nella diagnostica della colecistite, enumera tutte le risorse che può oggi mettere a disposizione la radiologia, soffermandosi in specie sulla colecistografia. L'O. che ha su detta ricerca la esperienza di un anno di studi, durante il quale l'ha praticata su oltre 60 infermi, dopo averne ricordata la tecnica, si ferma sul valore pratico di detta ricerca mettendone in evidenza vantaggi e deficienze.

Secondo l'O. la prova del Graham è sopratutto una ricerca di orientamento pei casi dubbi onde esplorare la funzionalità delle vie biliari, mentre nei casi in cui è già evidente una sofferenza delle vie biliari, essa poco aggiunge alle altre ricerche che si possono eseguire per mezzo dei raggi X. Rileva che, anche essendo così, la ricerca è molto utile ed ha un campo estesissimo di applicazione, potendo essere utilizzata anche per stabilire i rapporti fra i vari visceri e la localizzazione di eventuali calcificazioni. Da ultimo considera l'attendibilità delle ricerche ed afferma che in tutti i suoi casi controllati chirurgicamente essa si è dimostrata esatta.

Carcinomi della prostata e metastasi vertebrali.

Dott. A. D'ISTRIA. — Presenta due casi nei quali la diagnosi si potè fare solo dopo che l'esame radiologico aveva fatto constatare il carcinoma secondario della colonna vertebrale, non avendo i pazienti quasi per nulla richiamata l'attenzione dei medici sulle condizioni vescicali, l'uno e l'altro lagnandosi invece quasi esclusivamente di forti dolori a tipo di lombagine, che li avevano indotti a chiedere l'esame radiologico della colonna vertebrale.

Ricordando come il carcinoma prostatico sia quello che più frequentemente dà le metastasi vertebrali, l'O. avendo constatato il carcinoma vertebrale, in tutti e due i casi raccolse con l'interrogatorio fra le notizie anamnestiche note indubbie di affezioni prostatiche. Inviati i due ammalati allo specialista, questi con la esplorazione rettale confermò la diagnosi clinica di carcinoma prostatico. Completa la comunicazione con alcune considerazioni cliniche e radiologiche desunte dai due casi.

ENEA, *segr.*

MEDICINA SOCIALE.

La casa, la scuola, la strada e la missione dell'Ufficiale sanitario.

Nell'articolo precedente sulla Croce Rossa Giovanile abbiamo rilevato di quanto valore sarebbe per la formazione di una coscienza igienica nazionale lo sviluppo della Croce Rossa Giovanile bene organizzata, abbiamo accennato all'influenza che in Italia potrebbe esercitare l'Ufficiale Sanitario in questa magnifica organizzazione della gioventù ed abbiamo promesso di parlare sull'Ufficiale Sanitario e sui compiti suoi.

Nominando l'Ufficiale Sanitario noi non alludevamo certamente all'attuale, ma all'Ufficiale Sanitario del non lontano avvenire, posto in grado di esercitare in ogni Comune d'Italia quell'azione risanatrice delle condizioni igieniche locali che oggi non può assolutamente esercitare per due ragioni: la prima, che manca ancora nel nostro paese un'organizzazione centrale totalitaria destinata alla difesa efficace della pubblica salute e, la seconda, che non ci sono ancora, a disposizione dell'igiene pubblica e dell'igiene sociale i grandi mezzi indispensabili per passare dalla teoria alla pratica, per agire cioè, anche in questo campo, con quella rapida energia che molti chiamano fascista per esprimerne il carattere essenzialmente dinamico.

E noi invochiamo — non da ora — questo necessario dinamismo, perchè in fatto di salute pubblica ci siamo andati fin qui evolvendo con troppa lentezza e con una prudenza che doveva stentar molto a non passar per pigrizia. In un secolo attivo come il nostro ed in un paese come l'Italia è strano che noi siamo ancora privi di una organizzazione igienico-sanitaria veramente e completamente efficace.

Potremmo perfin dire che non esiste una vera organizzazione in questo campo, se non ci fosse quella mirabile creazione della nostra Direzione Generale di Sanità che è la difesa dalle malattie infettive provenienti dall'estero e che costituisce un altissimo titolo d'onore della nostra Amministrazione civile. Potremmo dire che questa organizzazione non esiste perchè un'organizzazione presuppone un solo centro direttivo e non parecchi; presuppone delle istituzioni tutte dirette da una sola mente, tutte ben collegate tra loro, tutte adoperate, con una razionale divisione del lavoro, per lo svolgimento di un programma unico completo, ben concepito e meglio ordinato, così nello spazio come nel tempo; presuppone insomma l'armonia ed il vigore di un organismo forte e sano, capace di molte funzioni ma di un'azione unitaria, di una vita intensa e piena, di un continuo progresso.

Quando questa organizzazione esisterà, quando cioè tutta l'igiene e tutta l'assistenza sanitaria — che è anch'essa igiene pubblica e sociale — faranno capo alla Direzione Generale o ad un Ministero della Sanità e dalla Sanità dipenderanno tutte le istituzioni che oggi lavorano, slegate, ciascuna per proprio conto, allora l'Ufficiale Sanitario sarà quale tutti noi lo invochiamo, cioè un *igienista* vigile, attivo, indipendente, posto dal Governo, con un mandato di larga fiducia, alla sorveglianza della pubblica salute in ogni Comune del Regno, perchè provveda alle necessità igieniche *della casa, della scuola e della strada*, perchè si opponga ad ogni causa di malattia e di morte coi mezzi efficaci posti in sue mani come sicuri strumenti di vittoria.

Un sogno? No. Una realtà divenuta finalmente possibile, per un atto di volontà vigorosa, dopo un profondo studio della questione.

La casa.

In tutti i paesi del mondo si è oggi convinti che il problema della casa è il problema centrale dell'igiene.

Ma non basta che la casa abbia un tetto e delle pareti. Deve avere una donna che ne faccia buon governo. E questa donna deve essere una massaia avveduta, istruita e diligente. La casa più salubre per costruzione diventa malsana se non è ben tenuta e la casa peggio costruita può esser resa sanissima dal buon governo della madre di famiglia.

Prendiamo questo secondo caso, che è il più comune, e vediamo in qual modo l'Ufficiale Sanitario può ottenere il buon governo di una casa malsana e la sua provvida trasformazione.

L'Ufficiale Sanitario di un prossimo avvenire non è solo a combattere. Ha con sè l'« assistente sanitaria » detta anche « infermiera di salute pubblica ». Questa entra nelle case — invitata e non intrusa — diviene la confidente e la buona amica delle madri di famiglia, insegna loro praticamente le regole del buon governo della casa, fa loro notare quali sono le abitudini nocive alla buona salute ed al vigore dei figliuoli, dà utili consigli sul modo di alimentarli e di educarli perchè riescano forti, obbedienti e rispettosi, offre la sua cordiale, volenterosa e bene accetta collaborazione fraterna e trasforma così in breve tempo una casa ed un ambiente domestico nocivi, facendovi ritornare la salute e la gioia che il mal governo e, in molti casi, la miseria del focolare aveva messo in fuga.

A queste assistenti sanitarie, con questo compito di risanamento della vita famigliare, ha già pensato lo Stato italiano perchè ha fornito e fornirà sempre più abbondantemente all'« *Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia* » i mezzi per formare un numero crescente di tali infermiere sociali specializzate, de-

stinate particolarmente ad assicurare la salute ed il florido sviluppo lei bambini.

In ogni Comune deve esistere un Patronato dell'Opera Nazionale suddetta e l'Ufficiale Sanitario ha da farne parte come persona tecnica indispensabile.

Acquisti egli dunque la necessaria cultura. Frequenti i Corsi di puericultura che l'Opera Nazionale ha già aperti in tutti i più popolari centri del Regno ed egli sarà presto in grado di esercitare quell'altissimo compito di risanamento della casa che abbiamo detto fondamentale per la difesa della stirpe e la grandezza della Nazione.

La scuola.

Non c'è Comune in Italia che non abbia le sue scuole, che non combatta con esse contro la vergogna dell'analfabetismo. Se la lotta non riesce in molti luoghi abbastanza efficace, dipende dalla scarsa frequenza alla scuola perchè i genitori hanno spesso bisogno dei loro ragazzi per le piccole faccende delle case e dei campi.

L'Ufficiale Sanitario del prossimo avvenire potrà rendersi molto utile in questa lotta contro l'ignoranza se saprà valersi della Croce Rossa Giovanile facendo sì che essa possa sviluppare il lavoro redditizio degli scolari e dare ai *juniores* il modo di guadagnare mentre frequentano la scuola e per il fatto di frequentarla.

Una grande trasformazione della scuola in questo senso, cioè per renderla praticamente più utile, insegnando non solo a leggere ed a scrivere ma anche a guadagnarsi col lavoro la vita, è diventata finalmente possibile in Italia dopo la riforma scolastica Gentile che sta rendendo « attiva e serena » la scuola là dove le amministrazioni comunali hanno inteso lo spirito della riforma ed i maestri hanno avuto la capacità e la possibilità di applicarla.

Questa scuola « *attiva* », questa scuola « *serena* » deve aver tutte le cure dell'Ufficiale Sanitario dell'avvenire, il quale deve vigilarla e guidarla, per quella parte che riguarda l'igiene, tenendo presente che non deve esser più l'igiene d'una volta, l'igiene della scuola chiusa, cioè la non-igiene — o tutt'al più l'igiene dell'edificio scolastico e non dello scolaro — ma deve esser l'igiene di « *tutta la scuola* », che ha da avere al suo servizio — e per tutti i bambini non per i soli deboli come ora — tutte quante le mirabili forze risanatrici e letificatrici della Natura.

La strada.

Sarà questo il compito più difficile dell'Ufficiale Sanitario del prossimo avvenire; ma sarà compito pieno e preciso che egli potrà assolvere soltanto a patto di essere indipendente da vincoli locali.

La strada non è soltanto il suolo pubblico da tener pulito, da abbellire d'alberi e di fiori per mezzo del simpatico lavoro dei *juniores;* ma è strada ogni ambiente che con la strada comunica e dove si entra senza picchiare alla porta. Ogni bottega, ogni ufficio od officina, ogni sala di spettacoli dove il pubblico accede per acquisti, svaghi, faccende o lavoro appartiene alla strada e fa parte del campo d'azione dell'Ufficiale Sanitario che vi ha funzione e dovere di vigilanza perchè la salute pubblica non sia in alcun modo danneggiata.

Ciò che si vede nelle botteghe, ciò che si svolge nei luoghi di lavoro e di svago può esser di grave danno pubblico quando manca la necessaria sorveglianza igienica.

Oggi questa sorveglianza è scarsamente possibile ed è quasi sempre illusoria per due ragioni principali: perchè un funzionario che dipende dal Comune e che vi esercita la professione non può agire, ove occorra, contro quelli che sono i suoi maggiori clienti e perchè, anche agendo contro questi danneggiatori della salute pubblica, non troverebbe nella legge attuale le necessarie sanzioni. Ci sono interessi privati così ben tutelati che, anche quando son contrarii all'interesse pubblico, non possono trovare ostacoli efficaci: tali son quelli, per citare un esempio, del commerciante poco scrupoloso che venda alimenti guasti o alterati e che (anche nel caso di alterazione volontaria che ne diminuisca il valore nutritivo e ne alteri le qualità igieniche) può venir condannato a lievi pene pecuniarie, preventivamente calcolate, nel suo bilancio, al capitolo « profitti e perdite ». Aggravate pure queste pene ed avrete forse il resultato di far crescere il prezzo della merce, non quello di migliorarne durevolmente la qualità.

L'Ufficiale Sanitario del prossimo avvenire — anche per l'istituzione del Podestà al luogo del Sindaco, se il Podestà vorrà e potrà fare il suo dovere — sarà in condizioni assai migliori delle attuali quando gli adulteratori delle derrate potranno esser condannati al carcere per truffa e quando l'Ufficiale Sanitario non sarà più un funzionario del Comune ed un esercente la professione medica, ma sarà un vero e proprio igienista, a servizio diretto dello Stato, convenientemente retribuito e protetto dallo Stato stesso, perchè in ogni angolo anche remoto del nostro paese riesca a tutelare validamente la salute pubblica con tutti i mezzi che saran messi a sua disposizione, *per ogni specie di lotta contro qualsiasi male*, da una grande Istituzione Centrale — Direzione Generale o Ministero della Sanità pubblica e della igiene di assistenza sociale — vegliante in tutto il Paese a difesa della stirpe e della Nazione.

T. ROSSI-DORIA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Rapporti tra colecistite e pancreatite.

La colecistite in molti casi è parte di una infezione generale che ha raggiunto il fegato e la cistifellea attraverso la vena porta. È comunemente noto che la colecistite spesso è associata con l'appendicite, con ulcere dello stomaco, del duodeno, dell'ileo e del colon e con malattie sistemiche. L'infezione non distrutta nel fegato, si propaga ai linfatici delle vie biliari ed al pancreas, che spesso si presenta ingrandito e duro. Nei casi di colecistite il contenuto di zucchero nel sangue (glicemia) sembra essere in diretto rapporto col grado di alterazione dei linfatici delle vie biliari e del pancreas. Queste osservazioni farebbero pensare che una cura razionale delle colecistiti potrebbe dimostrarsi una buona profilassi del diabete. Questa ipotesi è basata su dati clinici e sperimentali. W. Howard Barber (*Journ. Amer. Medical Association*, 13 nov. 1926) in 86 casi di colecistite da lui operati ha trovato ingrossamento dei vasi linfatici e delle glandole linfatiche regionali nel 47 % dei casi, e nel 69 % in quei malati, nei quali era stata fatta un'operazione esplorativa. Il pancreas fu trovato ingrandito nel 36 % degli operati e in più del 50 % di coloro nei quali era stata praticata la laparotomia esplorativa. L'A. ha studiato il comportamento della glicemia in 15 cani laparotomizzati, con le norme della più scrupolosa asepsi, nei quali ha provocato una colecistite sperimentale, mediante l'introduzione nella cistifellea di materie fecali e germi.

Fu determinata la glicemia nei cani prima dell'operazione e ad intervalli di 3 a 5 giorni successivamente. Dopo circa due mesi i cani sopravvissuti furono uccisi, allo scopo di determinare le lesioni anatomo-patologiche. I risultati ottenuti sono stati i seguenti: in tutti i cani comparve glicosuria. È degno di nota il fatto che i cani che presentarono un aumento della glicemia dopo l'operazione sono stati quelli nei quali furono riscontrate all'autopsia alterazioni nei linfatici delle vie biliari, nel fegato e nel pancreas o nel pancreas soltanto. Per contro non furono riscontrate linfoadeniti in 2 dei cani che dopo l'operazione presentarono una diminuzione di zucchero nel sangue.

Le cifre più alte per 10 osservazioni sono state tra 125 e 140 mg. per 100 cmc. di sangue per i primi 12 giorni, e tra 125 e 165 mg. per il primo mese dall'insorgenza della colecistite sperimentale.

Nell'uomo la frequente associazione del diabete o dell'iperglicemia con la colecistite e la pancreatite fa nascere il sospetto che il diabete in parte possa essere di origine infettiva. Per cui il trattamento chirurgico della colecistite può considerarsi come profilattico del diabete.

N. MARZO.

Le cause scatenanti delle manifestazioni cliniche nelle cirrosi epatiche.

È un fatto noto che l'esplosione clinica di una cirrosi latente, in cui il fegato è grosso e duro, ma nessun segno clinico ne rivela l'esistenza, è subordinata ad influenze scatenanti sopraggiunte. Queste cause sono studiate da B. Chomereau-Lamotte (*Thèse de Paris* e *Journ. des praticiens*, 18 dicembre 1926) che segnala anzitutto il fatttore infettivo; polmonite, influenza, attacchi bronchiali, eresipela, foruncolosi. Il fattore infettivo più importante è però la tubercolosi a cui i cirrotici sono estremamente sensibili. Anche l'ictus operatorio, sotto anestesia al cloroformio od anche con la rachianestèsia, agisce in un modo analogo

Ma quello che è ancor più interessante da mettere in rilievo è l'importanza che può assumere il fattore emotivo. Spesso delle grandi preoccupazioni od un'emozione violenta sono sufficienti. In un caso di N. Fiessinger un individuo con cirrosi ipertrofica non specifica, guarito dall'ascite per una serie di trattamenti al cianuro, stava abbastanza bene quando, sotto l'effetto di grandi preoccupazioni per un processo al tribunale, e senza causa alcoolica tossica nè infettiva, manifesta ad un tratto una sindrome ittero-ascitica, formata dalla successione di un ittero intenso e poi di ascite abbondante.

Il fatto esiste per tutta la patologia epatica: l'ictus emotivo agisce allo stesso modo di quello infettivo; si conoscono l'ittero emotivo, nonchè le coliche epatiche e le colecistiti; l'emozione è la causa scatenante della sindrome tuttora latente. Nelle cirrosi il fatto è particolarmente evidente. Per la colica si ritiene che intervenga l'apparecchio neuro-vegetativo; lo si può incriminare anche nella cirrosi, ma il fenomeno è assai più complesso e certamente resta ancora difficile comprendere come un'emozione, sia pure violenta, possa accentuare una degenerazione parenchimatosa e provocare in seguito il disturbo della circolazione portale.

fil.

Dilatazione delle vie biliari.

Counseller e Mc. Indoe (*Surg. Gyn. e Obst.*, dicembre 1926) hanno studiato le vie biliari intraepatiche nell'uomo in 26 casi, con iniezioni di colloidina e il metodo della iniezione e corrosione.

In 10 fegati normali, mentre il coledoco non supera i 5 mm. di diametro, si ha una diminuzione progressiva nei vari rami, e nei rami di 5° ordine il diametro medio è di 0.05 mm.

Nei casi di calcolosi il coledoco era ingrandito (diametro fra 6.5, 11.5 mm.). Le maggiori dilatazioni coincidevano con i casi più gravi.

Nei casi in cui esistevano stenosi benigne o maligne del coledoco, la dilatazione dell'epatico era assai forte (fra 10-30 mm. di diametro) e si estendeva a tutto l'albero biliare.

Sono da porsi in rilievo l'atrofia concomitante del parenchima epatico risultante dalla pressione dei dotti ectasici, la stasi del circolo portale per la pressione esercitata dai dotti biliari e la rapidità con cui l'infezione seguì la stasi venosa e biliare. Gli AA. paragonano questa sindrome anatomo-clinica a quanto avviene nel rene nell'idronefrosi e propongono il termine di idroepatosi.

VITTORIO GHIRON.

Patogenesi e trattamento della colecistite cronica non calcolosa.

M. Chivay, J. Pavel e J. Marie (*Presse Méd.*, 13 ott. 1926) ne fanno uno studio metodico.

Antecedenti. — Si trova un lungo passato di disturbi mal definiti della digestione, in specie stitichezza, con corteo di enteriti, sigmoiditi, coliti, appendiciti; tra le forme specifiche si riscontrano la dissenteria amebica cronica, il tifo, i paratifi; ma è difficile accertare il rapporto eziologico con l'affezione in atto.

Batteriologia. — Le conoscenze recenti si devono in specie a studiosi americani.

Non va assegnato valore alle semine della bile ottenuta dal sondaggio duodenale, perchè essa si contamina facilmente col contenuto enterico. Si dica lo stesso per la bile che si può raccogliere nelle colecistectomie. Gundermann, Alvarez, Huntemüller hanno dimostrato che a volte la bile è sterile, mentre le pareti della vescicola sono infette. Così Huntemüller ha trovato germi patogeni solo nel 6 % degli strisci della mucosa e nel 26 % delle colture dalla bile, mentre le colture dallo spessore delle pareti erano positive nel 100 % dei casi.

Sembra che la colecistite suppurata prodotta dallo stafilococco tenda all'idropisia vescicolare.

Il germe più frequente è il *Bacterium coli*, cui si associa il *B. paratyphosus*: gli stessi germi cui Gundermann attribuisce la colecistite calcolosa. Roseno richiama l'attenzione sullo streptococco quale agente d'infezioni vescicolari a focolaio.

Patogenesi. — Si tende sempre più ad abbandonare l'ipotesi della via ascendente, per accedere a quella emato-linfatica.

Per spiegare la tenacia dell'infezione Vincent-Lyon ha emesso l'ipotesi del « circolo vizioso », che si attuerebbe con tre meccanismi: 1) comunicazioni linfatiche tra vescicola, fegato e pancreas; 2) infezione delle vie extra- ed intraepatiche correlativa e forse anteriore a quella della vescicola biliare; 3) assorbimento di germi e di tossine intestinali, con il chilo, pei linfatici mesenterici, ed immissione nella circolazione generale, donde avverrebbero nuove infezioni generali.

Terapia. — Gli AA. si valgono, per la disinfezione della vescicola biliare, di olio di Harlem e di urotropina. L'olio di Harlem è una miscela a parti uguali di olio di cade e olio essenziale di ginepro, un tempo molto usata come antigottoso; gli AA. lo prescrivono in capsule, prima di ogni pasto: 2-3 capsule al giorno, per 10-15 giorni. Poi, per lo stesso periodo, somministrano l'urotropina, in dosi di g. 0.5, prima di ogni pasto; diffidano delle urotropine pari. Segue un terzo periodo, di riposo terapeutico, uguale ai precedenti. Poi si ripete il ciclo, a più riprese. Durante i periodi medicamentosi può somministrarsi acqua di Vichy, riscaldata: mezzo bicchiere grande, a digiuno. Nei periodi acuti trattare come l'appendicite acuta, con refrigerazione addominale. Gl'infermi migliorano, sovratutto nello stato generale; ma il trattamento va continuato a lungo. Se non si ottiene sedazione delle sofferenze, ricorrere al drenaggio biliare, mediante il sondaggio duodenale, in forma subcontinua, p. es. 2-3 volte a settimana per 1-2 mesi: si estraggono, così, grandi quantità di bile e non è raro di ottenere la sterilizzazione delle vie biliari; a volte però si presentano crisi dolorose o diarree biliari con imbarazzo gastrico, astenia, insonnia, ecc.

Solo se questi metodi falliscono, gli AA. ricorrono all'intervento chirurgico.

L. V.

La cura medica della calcolosi biliare.

A. Krecke (*Münch. Mediz. Wochensch.*, 1927, n. 3) crede fondamentalmente errato il concetto che la calcolosi biliare sia una malattia curabile solo chirurgicamente, così come errato è il concetto che essa sia di competenza esclusivamente medica. In questo caso è necessario individualizzare la cura e modificare le indicazioni terapeu-

tiche caso per caso. È innegabile però che basta pensare alle svariate evenienze a cui può condurre la calcolosi, ispessimenti, retrazioni della cistifellea, sue aderenze col fegato, col peritoneo, col colon, col duodeno, collo stomaco, empiemi, ascessi della parete cistica, peritoniti, occlusioni delle vie biliari, per considerare con grande simpatia l'intervento più che mai precoce e sistematico per evitare che si vengano a stabilire le conseguenze sommariamente accennate. Peraltro è pur vero che allo stato attuale delle conoscenze, la Medicina si è arricchita di una serie di mezzi terapeutici che possono condurre a buoni risultati e cioè alla scomparsa delle manifestazioni morbose, ossia in una parola alla guarigione clinica della calcolosi biliare. Questo è il massimo che si può ottenere con mezzi medici poichè in realtà ancora non abbiamo in nostro potere rimedi che ci diano la garanzia o di poter totalmente dissolvere i calcoli, o di poterli espellere tutti dalla cistifellea.

I rimedi possono dividersi in due grandi categorie: quelli che debbono influenzare l'infezione delle vie biliari e quelli che debbono agire sulla stasi biliare. Tra i primi abbiamo l'acido salicilico, la formaldeide, l'esametilentetramina, l'argento colloidale, la tripaflavina. Umber raccomanda la saliformina che è una combinazione di acido salicilico e urotropina. Buone sono pure le combinazioni di argento colloidale con acidi biliari (Choleval), di esametilentetramina, acido salicilico, caffeina (Cylotrofina), di tripaflavina, papaverina, podofillina, olio di menta (Choleflavina).

I rimedi che agiscono sulla stasi biliare si dividono in due categorie: colagoghi che provocano il drenaggio della bile già formata, e coleretici che aumentano la sua secrezione nel fegato. Tra i colagoghi sono da annoverare primo fra tutti il solfato di magnesio, sia come sostanza a sè che come acqua di Karlsbad, quindi l'ipofisina che provoca una valida contrazione della parete cistica. Buona è la combinazione di Atofan con l'ipofisina (Iktofisina). Ottimi rimedi sono pure i sali biliari nelle varie forme sotto le quali vanno in commercio. Buono è l'olio di menta (Colaktol).

Di uso classico, sempre efficace è l'olio di oliva sia per via orale che per via rettale.

Contro il dolore si useranno le classiche applicazioni calde, la morfina, e piccole dosi di belladonna, atropina, eumidirina, papaverina.

Un mezzo terapeutico assai efficace, di recente introdotto, è l'uso della sonda duodenale per mezzo della quale si possono iniettare 50 cc. di una soluzione al 15 % di solfato di mg. Si può così assai spesso provocare l'espulsione dei calcoli dal coledoco.

Tra i rimedi coleretici il migliore è l'atofan, o la sua combinazione con l'eucaina (Icterosan). Buona è pure la combinazione di atofan con l'ac. salicilico (Atofanil).

Come indicazioni terapeutiche concomitanti, sarà assai raccomandato il riposo, sia come misura di valore assoluto durante la colica, sia nella calcolosi cronica. L'applicazione sistematica del caldo gioverà assai più che ex sese, per il fatto che impone il riposo a letto.

Un appropriato regime di vita ed eventualmente cure termali gioveranno assai.

Circa l'applicazione di un rimedio piuttosto di un altro, il buon criterio individualizzante del medico che regola la sua azione caso per caso, sarà la guida migliore. F. ROCCHI.

Nell'ipertensione portale.

Trattasi di malati epatici con subittero, disturbi gastro-intestinali intermittenti, stanchezza generale. L'arto inferiore destro è appesantito; vi sono emorroidi, emorragie gastro-intestinali; talora splenomegalia. La circolazione collaterale e l'ascite non si producono che in caso di considerevole disturbo circolatorio.

Come trattamento Mathieu de Fossey (*Journ. des praticiens*, 18 dicembre 1926) consiglia in caso di emorragie l'immobilizzazione assoluta, con la testa bassa, il ghiaccio sul ventre, la dieta idrica, a piccoli cucchiai, con aggiunta di cloruro di calcio. È utile ottenere una derivazione intestinale e di agire sulla diuresi.

Regime vegetariano ipoclorurato (5 grammi di sale nelle 24 ore), un bicchiere d'acquqa per pasto con un cucchiaino di lattosio.

Semicupi caldi prolungati per mezz'ora; ginnastica respiratoria.

Ogni due giorni, prendere a digiuno 2 cucchiaini di sale di Seignette in un bicchiere d'acqua. Nel giorno intermedio, una cartina di 3-5 centigrammi di calomelano.

La teobromina avrebbe poca azione salvo nel caso di concomitante ipertensione arteriosa. Meno precaria è l'azione della scilla: 2 grammi in 300 grammi di sciroppo delle cinque radici; un cucchiaio prima del pasto di mezzogiorno e della sera, 10 giorni su venti.

Fra tutti questi rimedi, il regime latto-vegetariano unito ai lassativi è il più importante.

fil.

a curabilità di alcune asciti della cirrosi.

È un fatto più volte osservato che vi sono delle asciti cirrotiche che guariscono, pure rimanendo senza grandi modificazioni la causa dell'ipertensione portale, cioè la cirrosi. Alcuni autori ritengono che nei casi curabili si tratti della for-

ma di cirrosi ipertrofica (di Hanot) mentre le forme atrofiche danno asciti non curabili. Altri (ed è l'opinione dominante) credono che nei casi di guarigione si tratti di un'ascite tubercolare che guarisce al pari della peritonite tubercolare ascitica. Altri infine pensano che si tratti invece di forme sifilitiche.

N. Fiessinger (*Revue de médecine*, aprile 1926) ritiene che l'ascite delle cirrosi sia il più spesso in rapporto con un processo degenerativo parenchimatoso che con una sclerosi interstiziale. La ragione dei miglioramenti che si osservano col cianuro di mercurio non sarebbe dovuta al fatto che questo agisce come diuretico. Il mercurio, come il bismuto, eserciterebbero sul parenchima epatico una debole azione tossica, che avrebbe per effetto di risvegliare l'attività cellulare, con iperplasia delle cellule sane e rigenerazione del parenchima. Nelle cirrosi i risultati sono subordinati al coefficiente d'integrità cellulare. Se le cellule epatiche sono affette in modo grave e diffuso, la reazione è nulla ed il trattamento inefficace. Se l'intossicazione è troppo brutale, si distruggono le ultime cellule che rimangono: è ciò che accade con gli arsenobenzoli. Invece agiscono nei casi favorevoli il mercurio e, talora il bismuto; ma trattasi sempre di un'arma a doppio taglio che va maneggiata con estrema prudenza.

fil.

Contributo allo studio della cura operatoria delle asciti cirrotiche per mezzo di anastomosi immediate fra la cava inferiore e la porta.

Krestowsky (*Presse Méd.*, 6 nov. 1926) riferisce di un caso di un giovine cirrotico con ascite imponente, in cui fu praticata l'anastomosi della vena mesenterica superiore alla cava inferiore con ottimo successo. Il p. sopportò benissimo l'operazione, e vide ridursi notevolmente e stabilmente l'ascite. Con quelli di Rosenstein e di Bogoraz, questo sarebbe il terzo caso di anastomosi, in cirrotici, porta-vena cava inf. riuscito felicemente. Tale metodo di cura dell'ascite cirrotica è veramente ideale, e meriterebbe di essere applicato in più larga scala, specialmente nei soggetti giovani ed ancora in buone condizioni.

LOZZI V.

L'azione colagoga del solfato di magnesia-peptone.

Invece di somministrare la miscela di solfato di magnesia-peptone con la sonda di Einhorn, di cui l'introduzione non è sempre agevole, F. Ramond e Borcesco (*Journ. de méd. de Paris*, 5 aprile 1926) consigliano di far prendere la miscela direttamente per bocca. Prescrivono: Solfato di magnesia seccato g. 5; Peptone Witte g. 2; Polv. di liquirizia g. 1. Per una carta; da prenderne una al mattino a digiuno, in un mezzo bicchiere di acqua tiepida, meglio se si usa dell'acqua alcalina (tipo Vichy) e vi si aggiungono 1-2 cucchiai di glicerina. È consigliabile di far coricare il malato per 10 minuti sul fianco destro e di attendere un'ora prima di fare la colazione. Si continua il trattamento per 10-15 giorni al mese. Negli individui a plesso solare doloroso, si hanno talora delle coliche vive che scompaiono di solito dopo 2-3 giorni. Se la reazione è troppo forte, si consiglia di diminuire la dose del solfato a g. 2,50 e di non aggiungere la liquirizia. Le polveri possono soffrire per l'umidità nei tempi umidi ed allora è consigliabile di aggiungere ad ognuna di esse 5-10 g. di caolino lavata a secco.

fil.

SEMEIOTICA.

Contributo allo studio delle iniezioni di olio jodato endorachidee.

A. Rossi (*Diario Radiologico*, 1926 n. 4), descrive i reperti radiologici in due inferme paraplegiche da lui esaminate dal punto di vista di una eventuale compressione midollare. I due casi confermano la grande importanza del metodo dell'iniezione endorachidea di olio jodato pesante e leggero, per la diagnosi e la localizzazione di una compressione midollare: il metodo oggidì, con l'impiego di due distinti olii-pesante e galleggiante, possibile attraverso la sola via lombare, senza ricorrere a punture più alte, è reso più largo, ed a detta del Rossi, più sicuro, sostituendo al lipiodol dei francesi lo iodoleum, cioè una combinazione organica di iodio in olio di oliva al 10 %. Un fatto interessante notato dall'A. è, nei due casi osservati, la diffusione dello Jodoleum lungo le radici ed i tronchi nervosi periferici, attraverso le guaine linfatiche, fatto constatato seguendo radiograficamente i malati a varia distanza di tempo dall'iniezione: questo fatto senza dubbio apre un nuovo ed interessante campo di studi per le comunicazioni e gli scambi che possono avvenire fra liquido cefalo rachideo e linfa delle guaine dei nervi periferici, nonchè in patologia per permettere di chiarire sia la formazione sia la diffusione di certe affezioni dal centro alla periferia e viceversa; la terapia potrebbe anche avvantaggiarsi di questo reperto per l'utilizzazione della via endorachidea specialmente in quelle affezioni a tipo radicolare, neuritico o neuralgico che interessano i tronchi che fuoriescono dal segmento inferiore del rachide.

MONTELEONE.

Un metodo di introdurre il lipiodol nei bronchi a scopi diagnostici.

Viene descritto da F. Abramovitch (*Brit. Journ. of Rad.*, n. 317, dec. 1926). Consiste nel versare direttamente nella trachea, attraverso alla fessura laringea, e con l'ausilio dello specchietto, 5-10 cmc. di soluzione calda di lipiodol. L'introduzione, fatta con la siringa faringea, va preceduta dall'anestesizzazione delle fauci per mezzo di soluzione di cocaina o novocaina al 10 %.

La radiografia va presa dopo 15-30 minuti.

Il metodo è innocuo, e controindicazione è costituita solo da uno stato grave del paziente e dalla nefrite cronica.

Nei processi putridi del polmone sembra che l'introduzione di lipiodol esplichi anche notevole azione curativa.

M. FABERI.

VARIA.

Le malattie che scompaiono.

Assistiamo nei nostri giorni alla graduale riduzione e scomparsa di alcune malattie infettive. Così la framboesia tropica o yaws cede con straordinaria facilità agli arsenobenzoli, tanto che si sono venuti chiudendo gli ospedali per framboesici. Anche la sifilide va scomparendo: sebbene risenta molto meno dello yaws l'azione degli arsenobenzoli, tuttavia questi ne sopprimono le manifestazioni cutanee e mucose, da cui derivano i contagi: per tale motivo non si osservano più che pochi casi nuovi di sifilide, mentre resta lo *stock* dei vecchi malati. La malaria, che un tempo infieriva su quasi tutta l'Europa, è venuta ritirandosi: nell'Europa settentrionale non se ne osserva più che qualche focolaio limitato e rari casi autoctoni sporadici; anche in Italia va gradatamente riducendosi — astraendo dalle abituali oscillazioni e dalla recrudescenza portata dalla guerra — sotto l'azione combinata della chinina, dei risanamenti idraulici e agricoli, dell'aumentato benessere, ecc.: si può prevedere che tra una decina d'anni non sarà più un problema per noi. Una malattia di cui sembra legittimo preannunziare non molto remota la fine è anche la tubercolosi; in alcuni Paesi essa è in decremento rapido; così negli Stati Uniti la mortalità da tubercolosi ogni 100,000 abitanti è scesa, per i maschi, da 201.9 nel 1900 a 194.0 nel 1910, a 121.8 nel 1920, a 95.4 nel 1924; per le femmine si hanno le seguenti cifre ancora più significative: 188.5, 146.2, 103.7, 78.0; per donne dell'età di 15 a 19 anni la riduzione dal 1900 al 1924 è stata del 37 % e per bambine sotto un anno ha raggiunto l'enorme proporzione del 73 %. Si può calcolare che, se la diminuzione procedesse con la stessa ragione, tra venti anni la malattia dovrebbe essere scomparsa dagli Stati Uniti. Questo fenomeno non è localizzato agli Stati Uniti, ma in proporzioni varie si osserva in quasi tutti i Paesi civili. Esso è la risultante di molteplici fattori, come l'isolamento dei malati in sanatorî e tubercolosari, il loro trattamento in dispensarî, le cure sempre più efficaci, le abitudini di nettezza sempre più diffuse, la sterilizzazione del latte, l'incremento dello sport.

Nel produrre i successi sanitari sopra prospettati, hanno molta parte i medici e gl'igienisti; ma, simili al serpente della favola il quale si divorava per la coda, essi fanno beneficare la collettività a proprio danno: finiscono per tagliarsi i viveri. Così in alcune città i sifilografi cominciano ad avvertire qualche disagio, per la deficienza di clienti... A questo proposito diremo che ci sembra più razionale e più avveduto del nostro, il sistema cinese di ricompensare i medici: questi ricevono un onorario finchè i clienti stanno bene, mentre esso viene sospeso nel corso della malattia: così non si assiste all'assurdo demoralizzante che il medico riceva un compenso negativo quando abbrevia le malattie o quando si adopera efficacemente a prevenirle, e che debba vivere sui malanni dei propri simili. Il sistema cinese, in fondo, viene attuato in molte forme di assicurazione contro le malattie.

(*Ann. d'Ig.*, feb. 1927).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SANFELICI LIBERO. *Due anni di servizio ambulatorio.* — Viadana, G. Cavalca, 1926.

SAYÉ LUIS. *Curso de Tisiologia.* — Barcelona, Imp. Casa Provincial de Caridad, 1927.

SCARPA L. GUIDO. *Di un metodo razionale di terapia che guarisce sistematicamente la tubercolosi polmonare e le pleuriti.* — Torino, Silvestrelli & Cappelletto, 1926.

SEGA ACHILLE. *Sull'agglutinabilità aspecifica del micrococco maltese.* — Napoli, Tip. « La Nuovissima », 1926.

SCHIFANI VINCENZO. *L'elettricità che guarisce.* — Napoli, Stesicoro Simeone, 1926.

SORRENTINI EMILIA. *Rilevazioni clinico-statistiche sulla invalidità degli assicurati obbligatori per l'invalidità e la vecchiaia.* — Roma, Tip. Poliglotta, 1926.

TODD T. R. R. *Post-mortem tuberculous Lesion.* — Edinburg, Edib. med. Journ., 1926.

TROCELLO E. *Opoterapia endocrina nel mal di mare.* — Roma, Istit. Naz. Med. Farmacologico, 1926.

VERNEY LORENZO. *Condizioni igieniche del programma di lavoro della Società Elettrochimica Maremmana nel bacino torboso di Burano (Grosseto).* — Roma, Ind. Tip. Romana, 1926.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVI. — Preferenze a favore degli ex combattenti

Di questo argomento ci siamo già diffusamente occupati. Per concludere, segnaliamo ora una breve ma pregevole nota del dott. Giuseppe Giovenco, valoroso funzionario del Ministero dell'Interno, pubblicata nella rivista il « *Rinnovamento Amministrativo* » del gennaio 1927, dispensa I.

Egli aderisce alla tesi della efficacia delle preferenze agli effetti della nomina e dimostra che la limitazione delle preferenze all'ordine della graduatoria è « incompatibile col concetto informatore delle disposizioni legislative e non risponde ad una interpetrazione esatta della norma contenuta nell'art. 3 del decreto 24 settembre 1923 n. 2073 ». Anch'egli osserva, fra altro, che « se la preferenza dovesse risolversi in una precedenza nell'ordine della graduatoria, la disposizione del provvedimento legislativo, per questa parte, sarebbe stata inutile, anzi addirittura superflua, in quanto soccorreva già all'uopo il r. d. 18 settembre 1919, che delle precedenze nella graduatoria dei concorsi per gli impieghi degli enti locali, specialmente si occupava. Nè è a dirsi che quest'ultimo r. decreto sia stato implicitamente e tacitamente abrogato dal decreto del 24 settembre 1923, in quanto manca tra la norma nuova e la precedente quella incompatibilità che è presupposto ed elemento necessario dell'abrogazione tacita ».

Soggiunge il Giovenco che « il decreto 24 settembre 1923 più che alla formazione della graduatoria nei concorsi, ha riguardo *all'assunzione, alla nomina del posto* ed a tali fini ha esteso per gli impieghi presso gli enti locali quelle precedenze nelle graduatorie, che valgono a regolare l'avvicendamento delle assunzioni da farsi senza concorso (r. d. 28 gennaio 1923 n. 153), fattispecie diversa da quella prevista dal r. decreto del settembre 1919, ed il diritto poziore alla nomina degli ex combattenti classificati ex aequo con non combattenti in un ordine di graduatoria, successiva alla formalità del concorso (R. D. settembre 1922) ». Osserva inoltre che il legislatore si propose il fine del più facile collocamento dei reduci di guerra in relazione a tutte le possibili ipotesi, anche negli impieghi degli enti locali. Perciò, rileva acutamente l'autore della nota, « il riconoscimento del diritto alla nomina veniva ad avere intera la sua portata pratica: sia nel caso in cui la graduatoria dei concorsi avesse una efficacia vincolativa assoluta, in quanto sanzionato dal r. d. 18 settembre 1919 il titolo di precedenza nella graduatoria stessa; sia nel caso di assunzione ai posti senza concorso, in base ad una graduatoria prestabilita, per regolare l'avvicendamento, in quanto sanzionato dal r. d. 28 gennaio 1923 il titolo di precedenza anche in questa speciale graduatoria; sia nel caso in cui, sussistendo nella pubblica amministrazione una libertà di scelta, la graduatoria dei concorsi non avesse un'efficacia vincolativa assoluta, in quanto sanzionato dal r. d. 30 settembre 1922 il diritto di preferenza alla nomina degli ex combattenti, classificati ex aequo con altri concorrenti ». Dimostra poi, come già rilevammo, che nessun elemento può desumersi in contrario dal fatto che il decreto 30 dicembre 1923 n. 2889 nulla dispone circa le precedenze e le preferenze e che non ha consistenza l'obbiezione fondata sull'effetto della limitazione della facoltà di scelta.

Ma la giurisprudenza si è ormai orientata in senso contrario alla tesi della efficacia dei titoli militari in rapporto alla nomina. Ogni insistenza, per quanto ragionata, è stata vana. Recenti decisioni hanno riaffermato il principio che le preferenze valgono soltanto agli effetti della graduatoria. Ormai non è da sperare che la V Sezione modifichi la sua giurisprudenza. È *necessario un provvedimento legislativo di interpetrazione autentica per correggere un indirizzo che noi consideriamo errato.* Vedranno i sindacati e gli organi preposti alla tutela dei combattenti, se sia il caso di segnalare la opportunità di un decreto interpetrativo che precisi la posizione di essi, nell'interesse di tutti. Forse sarà opportuno che altri dubbi siano eliminati e che la situazione dei combattenti sia regolata con norme organiche, chiare e precise. Sono stati emanati fin dal 1919 provvedimenti varî, in tempi diversi, con effetti limitati, spesso mediante estensione di norme a rapporti d'impiego essenzialmente diversi: è mancata perciò, necessariamente, una veduta organica. Non solo; ma, le varie disposizioni non corrispondono esattamente ai rapporti regolati. Come si può, per es., estendere, senz'altro, agli impiegati degli enti locali un complesso di disposizioni che disciplinano i rapporti degli impiegati statali? questi corrispondono ad un determinato ordinamento gerarchico e burocratico, in parte essenzialmente e formalmente diverso da quello degli impieghi degli enti locali, il quale per altro non coincide nemmeno con un tipo uniforme.

È necessario un riesame di tutta questa materia, per una sistemazione organica e chiara.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALTIVOLE (*Treviso*). — Cond. med.-chir. Stipendio L. 8000. Indennità trasp. L. 2500; c.-v. di legge; assegno uff. san. L. 600. Alloggio con fitto di L. 500 annue. Tassa L. 50.20. Scad. 10 maggio, ore 18. Informazioni presso la locale Segreteria Comunale.

BENEVENTO. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Direttore del Dispensario; L. 6000; scad. 40 gg. dal 14 apr.; età lim. 45 a. Esami presso l'Istituto d'Igiene della R. Univ. di Napoli (prova pratica di clin. med., prova prat. di laboratorio, conferenza su argomento di propaganda e igiene sociale, con tema assegnato in precedenza di 24 ore); nom. triennale, riconfermabile.

BISACQUINO (*Palermo*). — Proroga 15 maggio; L. 8500 e addizionale, 5 quinquenni dec., c.-v. ridotto del 25 %; ab. 10,350; unico centro, superfice territorio kmq. 65.

BRESCIA. — Per Mompiano, a tutto 15 mag.; età lim. 35 a.; docum. a 6 mesi; esami e titoli; L. 9000 e 5 quadrienni di L. 1000, addizion. L. 3 oltre i 1000 pov., ambul. L. 800, indenn. trasf. L. 1500, serv. att. L. 2100; c.-v. Serv. entro 15 gg.

CAMPAGNANO DI ROMA (*Roma*). — Al 15 mag., ore 17; L. 9500; c.-v.; addizionale L. 4 oltre 1000 pov. e L. 5 oltre 2000; 5 quadrienni dec.; tassa L. 50.15; doc. a 3 mesi dal 10 apr.

CANTALUPO SABINO (*Rieti*). — Scad. 10 mag.; L. 10.500 più L. 400 uff. san.

CASTEL DI CASIO (*Bologna*). — Proroga al 12 mag.

FORLÌ. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Forlì; vedi fasc. 17. Scad. 15 giugno.

FIESSE (*Brescia*). — Al 10 mag., ore 17; L. 9000 oltre L. 1000 ambulat., L. 500 uff. san., c.-v., L. 3000 cavalc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

GONZAGA (*Mantova*). — A tutto 10 mag.; capoluogo; L. 8500, oltre c.-v. in L. 1480 se celibe, L. 2370 se coniugato; L. 2500 trasp.; L. 400 carcere; L. 1300 uff. san.; L. 500 direz. Osped.

MAGENTA (*Milano*). *Ospedale Civile Giuseppe Fornaroli.* — Med. chir. assistente; titoli; L. 8000 oltre L. 2000 serv. ett., alloggio, luce, riscaldam., servizio; 30 % introiti gabinetti e 10 % operaz. chirurgiche; docum. all'ufficio di Segreteria (via Giacobbe 23) entro le ore 17 del 16 mag.; età 21-30 a.; serv. entro 15 gg.

MOLINELLA (*Bologna*). — Scad. 10 mag.; L. 8800 e 5 quadrienni dec.; addizion. L. 3 oltre 800 pov.; p. trasp. L. 500-3000; c.-v. in L 780-1200; incarico provvisorio Ricovero Vitt. Em. III L. 83,33 mensili; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

NOVARA. *Consorzio Antitubercolare provinciale.* — Medico direttore; esame; un anno di prova; conferme quadriennali; L. 36.000, oltre diarie e indennità di servizio retribuite secondo R. D. 20 feb. 1922; divieto professione. Rivolgersi presidente (Palazzo della Provincia) entro il 31 mag. Chiedere annunzio.

PARETO (*Alessandria*). — Scad. 15 mag.; consor. con Moglia; L. 7000 per 70 pov. circa; indenn. L. 500; in corso aumenti a L. 8000 e 2000 rispettivam.; se uff. san. L. 800; età lim. 45 a.

PIEDIMONTE ETNEO (*Catania*). — L. 9000 e 4 quinq. dec.; non è corrisposta indenn. trasp.; scad. 30 gg. dall'inserzione nel Bollett. dell'Assoc. Naz. Med. Condotti; età lim. 40 a.; docum. a 3 mesi dall'8 apr.

SUPINO (*Frosinone*). — A tutto 15 mag., 2ª cond., con mansioni in preval. chirurg.; L. 9500. Chiedere annunzio.

TORANO CASTELLO (*Cosenza*). — Scad. 10 mag.; L. 6500 (*sic*) e 5 quadrienni dec., oltre L. 2500 cavalc.; età lim. 42 (47) a. al 6 apr.

VEJANO (*Roma*). — A tutto 12 mag.; L. 10,800 e 5 quadrienni dec.; addizion. L. 4 oltre i 1000 poveri; c.-v. in L. 100 mens.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 10 apr.; serv. entro 15 gg.

ZAGAROLO (*Roma*). — Al 20 mag.; L. 9500 e addiz. L. 4 oltre 1000 pov.; c.-v. in L. 1200; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a. al 22 mar.; tassa L. 50.10.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. von Bergmann di Francoforte sul Meno ha accettato l'invito dell'Università di Berlino a coprire la cattedra della II Clinica Medica, quale successore del prof. F. Kraus.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congressi medici di Parma.

Durante il mese di ottobre si aduneranno a Parma i seguenti Congressi:

dal 18 al 21 ottobre, i Congressi della *Società Italiana di Medicina interna* e della *Società Italiana di Chirurgia;*

dal 22 al 23 ottobre i Congressi della *Società Italiana di Oto-rino-laringologia*, della *Società Italiana di Urologia* e della *Società Italiana di Ortopedia;*

il 24 ottobre il Congresso della *Società Italiana di Medicina del Lavoro;*

inoltre si recheranno a Parma i membri del *Congresso internazionale di Idrologia medica*, che si inaugurerà a Roma il 12 ottobre e si chiuderà a Salsomaggiore il 16 ottobre.

Vanno costituendosi un Comitato d'onore e i Comitati esecutivi dei singoli Congressi, nonchè

quelli per l'appoggio, per i divertimenti, per il ricevimento delle Signore dei congressisti.

Parma si prepara ad accogliere degnamente gli ospiti col rinnovamento del grande Ospedale Civile e degli Istituti universitari.

Ospiti illustri.

È stato a Roma l'on. Iuge Barton Payne, Presidente del Consiglio dei governatori della Lega delle C. R. accompagnato da Mr. de Gielgud della Direzione Generale della Lega. Il Payne è una delle personalità più eminenti degli Stati Uniti d'America, antico ministro dell'Interno e presidente della potente C. R. americana; è reduce da un lungo viaggio fatto allo scopo di conoscere le organizzazioni di Croce Rossa dei vari paesi. Egli ha presieduto nel mese di novembre la Conferenza della Croce Rossa dell'Estremo Oriente a Tokyo ed ha successivamente visitato i Comitati Centrali della C. R. cinese, siamese e delle Indie britanniche, la Mezzaluna rossa turca, la C. R. bulgara. Egli è venuto espressamente a Roma per visitare il Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana e le sue istituzioni (Sanatorio « Cesare Battisti », Preventorio Maraini, ecc.).

La Società per gli studi della malaria e gli specifici contro la malaria.

Il 13 corr. mese, si è radunato il Consiglio della Società Italiana per gli Studi della Malaria. Presiedeva il presidente S. E. Don Gelasio Caetani, ed erano presenti i professori: Marchiafava, Ascoli, Dionisi, Gosio e Nazari; segretario il prof. Ficacci. All'unanimità fu presa la seguente deliberazione:

« La Società Italiana per gli Studi della Malaria, nella imminenza della stagione malarica;

preoccupata del danno che potrebbe derivare al pubblico dalla diminuita fiducia negli alcaloidi della china;

tenuto presente la discussione sulla cura della malaria, di recente avvenuta nella Regia Accademia Medica di Roma;

valutati i risultati di singoli osservatori e medici pratici in Italia ed all'Estero;

ritiene suo dovere affermare e diffondere nel pubblico che i soli alcaloidi della china sono il rimedio specifico finora conosciuto contro la malaria;

e che l'uso di vantate specialità, tra cui la « Smalarina », riesce inutile e spesso anzi dannoso ».

Scuola Superiore di Malariologia.

Per opera del Governo Nazionale è istituita la « Scuola Superiore di Malariologia », i cui corsi si terranno in Roma dal 15 giugno al 15 ottobre. La scuola per essere completa avrà una « Sezione Medica », aperta ai laureati e ai laureandi in Medicina — sia italiani che stranieri — ed una « Sezione Economica » per ingegneri ed agricoltori. Le lezioni teoriche e pratiche di entrambe le Sezioni avranno la durata di circa tre mesi e indi saranno completate con escursioni nelle zone palustri e nelle località di grande e piccola bonifica. Gli allievi potranno così, nell'ambiente più adatto, fare uno studio completo del parassita nell'uomo e nell'anopheles, delle sue condizioni di vita, delle sue manifestazioni cliniche, nonchè dei mezzi più idonei e più energici per combatterlo ed eliminarne i danni.

La tassa di iscrizione alla Scuola Superiore di Malariologia è di L. 300 per ogni allievo. Alla fine dei corsi verrà rilasciato un Diploma a coloro che avranno sostenuto gli esami della rispettiva Sezione.

Quanto prima saranno compilati e resi pubblici i programmi completi dell'insegnamento.

Per informazioni rivolgersi al prof. Vittorio Ascoli, Direttore della R. Clinica Medica, Ospedale Policlinico - Roma.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Dal 4 maggio al 4 giugno il prof. Ficacci ripeterà nella Sala Flaiani dell'Ospedale di San Spirito, il corso di tecnica medica.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi alla Segreteria, Policlinico Umberto I.

Per lo studio del cancro negli Stati Uniti.

La « Società per la lotta contro il cancro » negli Stati Uniti ha lanciato un appello per la raccolta di un milione di dollari. Il sig. R. Fulton Cutting si è sottoscritto per un quarto di questa somma, in memoria della propria moglie, a condizione che il rimanente della somma venga raccolto entro il 1° ottobre 1927.

Per l'insegnamento della medicina di laboratorio nella Scuola Medica di Albany.

La sig.ra Grace Merrill Lown ha donato 100.000 doll., equivalenti a 2 milioni di lire ital., in memoria del padre, dott. Cyrus Strong Merrill, al Collegio Medico di Albany (Stato di New York), perchè venga istituita una cattedra di « patologia ». L'ufficio amministrativo del Collegio ha accettato il dono. Si è convenuto, con la donatrice, che titolare della cattedra sarà il direttore dei laboratorii di patologia dell'Ospedale locale. (Conviene tener presente che negli Stati Uniti si designa col nome di « patologia » quanto riguarda le ricerche di laboratorio, a sussidio della clinica).

Ospedale Franco-Musulmano a Parigi.

Si è costituito a Parigi un Comitato per la fondazione di un Ospedale franco-musulmano, per provvedere ai bisogni d'ospedalizzazione dei musulmani (algerini, tunisini e marocchini) di Parigi e della regione parigina, i quali ammontano a circa 50,000. La presidenza d'onore è stata assunta da Gaston Dumergue, presidente della Repubblica Francese. La sede sociale del Comitato è al Boulevard Arago 55, Parigi (13).

Nuova borsa di studio all'Università di Pavia.

La Soc. An. Necchi ha messo a disposizione dell'Ateneo ticinese un fondo di 30 mila lire per l'istituzione di una borsa di studio a favore di uno studente della Facoltà di Scienze; la borsa è dedicata alla memoria di Ambrogio Netti.

Scambi colturali.

Il prof. Rudolf Abel, direttore dell'Istituto di Igiene di Jena, è stato invitato dalla Società Inglese Chadwick-Trust a tenere a Londra una serie di conferenze sull'organizzazione sanitaria della Germania.

Gli aspetti e le aspirazioni del medico militare moderno.

È questo il titolo della brillante e profonda conferenza che il Colonnello medico prof. Grixoni, Direttore della Scuola di Sanità militare, ha tenuto, inaugurando l'anno scolastico 1926-27, dimostrando che l'educazione della mente e del cuore deve considerarsi la base di ogni solida elevazione morale, spirituale e fisica, la pura fonte dalla quale i popoli traggono le maggiori e più sane energie. Ha accennato, fra l'altro, al continuo progredire della Scuola di Sanità militare che, alla snervante atmosfera di serra preferisce il vivere agitato e faticoso ed ha rievocato il patrimonio di gloria e di benemerenze che il Corpo seppe acquistarsi e che i nuovi medici debbono ritenere come stimolo a serbare integre le avite tradizioni.

Falsi medici.

I giornali politici hanno dato la notizia che è stato arrestato a Berlino un ex ergastolano, tale Riccardo Schwartz, autore di numerose truffe, il quale era riuscito a farsi accettare come medico nell'ospedale di Chemnitz e a dirigere per un anno e mezzo il reparto tubercolotici gravi; solo quando ottenne di passare al reparto chirurgico venne smascherato, avendo dato prove di possedere solo cognizioni teoriche.

*
* *

È stato arrestato a Vienna un certo Carlo Uhrmann, presentatosi all'Ospedale Francesco Giuseppe come chirurgo, richiedendo un riflettore speciale e una scatola di ferri per un'operazione d'urgenza; seppe sostenere assai bene la sua parte, ma venne sorpreso da un agente della polizia. Egli è specializzato in furti di portafogli nel perquisire le vittime sotto la qualifica d'ispettore di polizia.

La mortalità in India per aggressioni d'animali feroci.

In India la mortalità per aggressioni d'animali feroci costituisce una discreta percentuale della mortalità generale. Nel 1923, le vittime furono 2587 e nel 1925 furono 1974. Le tigri uccisero 174 persone, i leopardi 191, i leoni 265, gli orsi 82, gli elefanti 78, le iene 6, i cinghiali 73, i coccodrilli 98. Le morti dovute a morsi di serpenti furono 19,867 nel 1923 e 19,305 nel 1925.

In quest'ultimo anno si distrussero 21,605 animali feroci: 1609 tigri, 4660 leopardi, 2485 orsi, 2361 leoni e 41,004 serpenti.

Per la morsicatura di un cane.

Si è svolto un processo tra il proprietario dell'Hôtel Ala di Stresa, sig. Comini, e un fornitore, sig. Spech, che era stato addentato da un molosso nel giardino dell'albergo. Il pretore di Lanzo ha condannato il Comini ad una multa di L. 500 e a corrispondere L. 1500 alla parte lesa, per danni. Il Tribunale di Torino ha giudicato in appello. Frattanto lo Spech era venuto a morte; le perizie hanno escluso che questa fosse in rapporto con l'infortunio. Il Tribunale ha assolto il Comini da ogni responsabilità penale e ascritto l'infortunio a imprudenza della parte lesa.

Il 5 aprile spegnevasi in seguito ad infezione contratta durante un intervento operatorio il prof. dott. GIUSEPPE MARCARINI, nato a Rorlì il 28 marzo 1875, direttore e primario chirurgo nell'Ospedale Celesia di Genova Rivarolo e Pastorino di Genova Bolzaneto. Tre anni orsono fu già colpito da altra gravissima infezione contratta operando. Allora, amputato di un dito della mano sinistra, fu a stento salvato dalle cure del prof. Tusini della Clinica Chirurgica di Genova. Aveva percorso una brillante carriera. Durante la guerra prestò servizio prima come maggiore medico di complemento direttore di un ospedale di riserva, e poi dietro sua richiesta in zona di guerra in ospedale da campo. Fu promosso nel 1926 tenente colonnello medico di complemento.

Fra le sue pubblicazioni segnaliamo quelle sulla patogenesi della miosite ossificante traumatica, sul neuroma plessiforme, sulla cura della colite poliposa, sulla cura chirurgica precoce della tubercolosi renale, sulla diagnosi ed etiologia della pancreatite emorragica acuta, ecc.

Lascia un grato ricordo.

C. D. C.

A Firenze, sua città natale, nell'età di a. 56 è morto il dott. GIAN BATTISTA PRUNAJ. Esordì come medico condotto; si dedicò poi alla elettroterapia. Per questa qualità fu assunto dal prof. Celso Pellizzari nell'Istituto Fototerapico fin quasi dalla fondazione e vi rimase, assiduo nell'adempimento del proprio dovere, finchè non comparvero le prime sofferenze del male insidioso che lo ha spento.

Uomo di non comune cultura classica, parlatore e scrittore toscanamente simpatico, si com-

piacque di coltivare la tendenza letteraria: e non tralasciando le sue occupazioni mediche collaborò in riviste, giornali politici, scrisse novelle e romanzi, tenne applaudite conferenze ed anche, con successo, tentò il teatro con una commedia cui fu aggiudicato il premio Bastogi.

Fu caro a quanti lo conobbero per la Sua rettitudine, per la Sua bontà d'animo, per la piacevolezza della Sua compagnia e tutti ne rimpiangono la immatura fine.

L. MAZZONI.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di febbraio 1927.

MALATTIA	31 Gen. 4 Febbr		7-13		14 20		21-27	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	207	1748	131	1397	177	1500	196	1882
Scarlattina	136	324	133	271	114	201	9[illegible]	250
Varicella	97	283	92	248	94	256	86	242
Vaiuolo e Vaiuoloide .	1	1	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale . . .	237	451	246	414	181	355	144	258
Dissenteria	[illegible]	7	1	3	3	3	1	1
Difterite e croup . .	225	383	215	350	222	36	192	313
Meningite c. s. e. . .	13	13	6	7	11	11	13	14
Poliomielite a. a.	7	9	1	1	4	4	3	3
Encefalit letargica .	3	4	4	4	12	13	6	8
Rabbia morsicati . .	62	94	55	89	52	87	42	66
Rabbia dichiarata . .	1	1	—	—	—	—	—	—
Pustola maligna . . .	20	21	12	15	16	20	19	21
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	—	—	1(2)	14
Colera Asiatico . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubbonica . . .	—	—	2(1)	—	—	—	—	—

(1) Due infermi sopra un piroscafo di bandiera olandese, giunto nel porto di Venezia e proveniente da Colombo, Bombay Pireo.
(2) Andria Bari).

Erratum. — Nella formola a p. 560 del fasc. 16 leggere: 8.5 o a 9‰.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 27 nov. — L. BARD. Natura e meccanismo patogenetico dell'edema acuto del polmone.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero di medicina legale.

Folia Méd., 30 sett. — R. G. MAROTTA, Bronchiti e broncoalveoliti da Oidium albicans.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 21 nov. — F. ANGELELLI. Aneurismi latenti dell'arco aortico.

Riforma Med., 15 nov. — O. CASAGRANDI. Virus filtrabili e ultra-. — G. B. PODESTÀ. Orticaria da freddo.

Wien. Klin. Woch., 25 nov. — GRAFF. Trattam. dell'aborto. — KORDON. Trattam. del carcinoma inoperabile.

Deut. Med. Woch., 26 nov. — ROEHL. Basi della chemoterapia. — FÜRBRINGER. Azioni del tabacco.

Bull. Ac. Méd., 16 nov. — P. BAZY. Antisepsi delle vie urin. col salolo.

Mediz. Klinik, 26 nov. — G. v. BERGMANN. Diagnosi differenz. delle affez. dell'addome super. destro. — M. HENKEL. Genesi e trattam. del fluor vaginale.

Journal A. M. A., 13 nov. — W. FREEMAN. Encefalite epid. cron. — H. R. FOESTER. La sporotricosi come malattia profess. — C. A. WATERS, E. S. STUDD. Trattam. del carcinoma vescicale.

Ann. d'Ig., ott. — D. DE BLASI. Vitamine e mezzi di conservazione degli alim. — G. TIZZONI, G. DE ANGELI. Azione del radio sul sarcoma del ratto.

Lancet, 27 nov. — R. IUGE. Degeneraz. di razza. — J. E. H. ROBERTS. Le bronchiectasie.

Brit. Med. Journ., 27 nov. — R. COYTE. Prostatectomia. — Discuss. sulla trasfus. di s. — N. B. HARMAN. La moderna concezione dell'ospedale.

Boston Med. a. Surg. Journ., 18 nov. — Numero sull'ulcera peptica.

Journ. Méd. Franç., nov. — Numero sul sonno.

Bull. Méd., 24 e 27 nov. — Numero sulla patologia del duodeno.

Rev. de Hig. y Tub., 31 ag. — Numero sulla vaccinaz. antitubercolare.

Edinb. Med. Journ., dic. — E. C. MEKIE. Infestazione delle vie urin.

Arch. Argent. Apar. Digest. ecc., 1. — J. B. GOYENA. Cirrosi malarica.

Münch. Med. Woch., 3 dic. — RIETSCHEL. V'è una febbre alimentare, da sete, da grida (ipertermia da lavoro)? — UFFENDORFE. Disturbi del trigem. d'orig. oculare. — BRAUCHLE. I piedi freddi.

Mediz. Klinik, 3 dic. — FINTERER. Successi e insuccessi delle operazioni per colelitiasi.

Riforma Med., 29 nov. — A. LUISADA. Le lacune ascoltatorie.

Practitioner, dic. — A. CASTELLANI. Prurito anale e vulvare d'orig. micotica. — A. J. BLAXLAND. La patologia delle vie bil.

Lancet, 4 dic. — A. F. HURST. Diagn. e trattamento della colite.

Presse Méd., 4 dic. — P. NICAUD. Le micosi polmonari.

Deut. Med. Woch., 3 dic. — WOLLENBERG. Lo stato attuale della dottrina delle neurosi. — SCHULTZ. Id. della psicanalisi.

Bull. Ac. de Méd., 23 nov. — A. DESGREZ e al. L'insulina cura il diabete? — G. WEISS. Il compito della scienza nell'avvenire della medicina.

Giorn. Med. Chir., 1 dic. — MOSCUCCI. Nuovi concetti sulle enteropatie.

Revue Neurol., nov. — G. GUILLAIN e T. ALOJOUANINE. Le ossificazioni e calcificazioni della falce del cervello e loro espressione clinica. — A. WIMMER e H. VEDMAND. Sindrome miasteniforme nell'encef. epid. cron.

Arch. de Med., Cir., ecc., 4 dic. — J. ESCOBAR y BORDOY. L'afasia.

Paris Méd., 4 dic. — Numero sulla terapia.

Ann. Inst. Pasteur, nov. — S. METALNIKEF e V. CHORINE. Compito dei riflessi condizionati nell'immunità.

Minerva Med., 10 dic. — P. NIGRISOLI. False colecistiti.

Lancet, 11 dic. — H. ROLLESTON. L'ipertens. arter.

Journ. A. M. A., 20 nov. — C. J. MILLER. Endocervicite cronica. — H. S. BALDWIN e R. L. CECIL. Terapia della pneumon.

Ann. de Méd., nov. — Numero di neurologia.

Rev. Españ. de Med. y Cir., dic. — M. B. GARCIA. Carattere della clinica medica. — J. M. ROSELL. Progressi della terapia digestiva.

Deut. Med. Woch., 10 dic. — v. MELZSAECKER. Base neurologica in patologia gastro-intestin. — FRANK e al. La sintalina nella cura del diabete.

Giorn. di Cl. Med., 10 dic. — F. BEDOGNI. Tbc. della lingua.

Riforma Med., 13 dic. — M. LAPIDARI. Eziol. del sarcoma di Rous. — G. SOFRÈ. Speciale sindrome gottosa.

Mediz. Klinik, 10 dic. — FINSTERER. Successi e insuccessi nelle operaz. sulle vie bil. — Inchiesta sul trattam. dell'ipertiroidismo.

Paris Méd., 11 dic. — Numero su Laënnec.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., nov. — H. J. STANDER. Sull'eclampsia. — J. A. MCGLINN. Il tartaro emet. nel trattam del granuloma inguinale.

Presse Méd., 11 dic. — Numero su Laënnec.

Journal A. M. A., 27 nov. — H. FOX. Il granuloma inguinale. — G. SLUDER. La sordità catarrale. — C. CORBUS e V. J. O' CONNOR. La diatermia nel trattam. dell'endocervicite gonococcica.

Bull. Med., 11 dic. — C. FLANDIN. L'autoemoterapia desensibilizzatrice.

Journ. de Méd. de Paris, 13 dic. — Numero di oto-rino-laring. e oftalmol.

Soc. d. Hôp., 9 dic. — A. GENDRON. Il saturnismo in campagna.

Folia Clinica, ecc., V. — M. TORCHIANI. Funzionalità gastrica. — T. ZWOLINSKI e R. TRESKOWSKI. Concentraz. idrogenionica del secreto vagin. di giovani ragazze. — R. CIPRIANI e R. MORACCHINI. Ricambio purinico nel diabete insip.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 12 dic. — L. LENAZ. Le tonsilliti occulte e loro import. nelle malattie del cuore e dei reni.

Brazil Med., 23 ott. — A. DA MATTA. Sodocosi o sodoku?

Rev. Méd. d. Uruguay, ott. — MEROLA. Chirurgia atipica.

Paris Méd., 20 nov. — Numero di medicina sociale.

Giorn. Clin. Med., 20 nov. — U. GABBI. Aviazione militare sanitaria. — M. DEL RIO. Afta epizootica nell'uomo.

Riv. Clin. Ped., nov. — G. MACCIOTTA. Favismo nei bambini.

Münch. Med. Woch., 24 dic. — W. WEITZ e A. SIEBEN. Prognosi dell'ipertens. arteriosa.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., dic. — I. J. SANDS. Aneurisma intracran. — R. R. GRINKER. Parkinsonismo dopo intossicaz. ossicarbon. — T. BURROW. La psicanalisi nella teoria e nella vita.

Riv. Cl. Ped., dic. — P. BARBACCI. Un bambino dei raggi X.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — M. EINHORN. Tumori pancreatici, maligni e benigni. — B. C. FARRAND. Tularemia. — L. P. CLARK. Epilessia mioclonica.

Bull. Méd., 22-25 dic. — Numero sull'oftalmologia.

Mediz. Klinik, 24 dic. — P. DREVERMANN. La pericolite. — E. VOGT. Rapporti tra mal. ga. intest. e dei genit. muliebri.

Wien. Arch. inn. Medizin, 25 nov. — K. HAJÓS. Fattori costituzionali e condizionali nella patogenesi dell'asma essenz. — A. SELIG. Azione dei bagni carbonici. — E. RECHNITZER. Tachicardie auricolari. — J. KRETZ. Trombosi della milza. — J. KRETZ. Costituzione e affezioni cardiache reumatiche. — H. DIMMEL. Reperti ematici nel linfogranuloma. — R. LOEWY-LENZ. Patogenesi del cancro dei bronchi. — E. HAMMERSCHLAG. Disposiz. costituzionale al reum. artic. acuto. — H. DIMMEL. Sclerosi multipla delle glandole sanguigne. — A. HERZOG. L'enfisema cutaneo. — P. CERANKE. Proteinoterapia dell'ulcera dello stom. e del duod. — O. HALIZ e P. MAHLER. Eritrocitosi. — F. DEUTSCH. I rumori a distanza nel pneumot. mediastin. e nel pneumocardio.

Bull. Ac. Méd., 14 dic. — Num. su Laënner.

Presse Méd., 22 dic. — P. VALLERY-RADOT e al. L'eosinofilia sanguigna negli stati anafilattici.

Ann. d'Ig., nov. — V. PUNTONI. Vaccinaz. antirabica con i vaccini fenicati. — M. CARPANO. Influenza del freddo su qualche infezione.

Wien. Klin. Woch., 16 dic. — BEITZKE. L'anello linfatico esofaglo e suo compito quale via d'ingresso delle infezioni. — CUBONI. Stipite terzanario agametico.

Med. Klinik, 17 dic. — F. GOLLA e G. HERRMANN. Meningismo dopo la punt. lomb.

"IL POLICLINICO"

SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Il fascicolo 5 (Maggio 1927) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - E. GREPPI: Splenomegalia emolitica con anemia a tipo pernicioso. Crisi emolitica da trasfusione di sangue. Esito felice della splenectomia.
II. - E. RIZZATTI: Contributo alla diagnosi delle meningiti croniche.
III. - L. SABATINI: Sacro-meningocele posteriore e anteriore misto a formazione teratomatosa.
IV. - G. STIRPE: Setticemia meningococcica con meningite tardiva. Esito in guarigione.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 6

I non abbonati alla suddetta Sezione potranno riceverlo inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, *aggiungendo* per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

LA CLINICA OSTETRICA
Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il fascicolo 5 (Maggio 1927) conterrà:

Lavori originali: A. MATTINA: Le lesioni congenite del diaframma e l'insufficienza respiratoria del neonato.
Fatti e documenti: G. GUCCI: Sopra un caso di papilloma ovarico, con metastasi peritoneali ed intestinali, regredite dopo l'ovariectomia.
La rubrica degli errori: A. NORDIO: Cisti parovarica con torsione degli annessi che simula una gravidanza extra-uterina.
Note di terapia: G. PACI: Il raschiamento nell'aborto febbrile.
Riviste generali: A. MANNA: Le lesioni degli organi genitali femminili durante l'accoppiamento.
Il nostro referendum sul taglio cesareo, ecc.: C. COLOMBINO: Parere sintetico. — E. SANTI: La classica tecnica del taglio cesareo alla Porro ha oggi ancora ragione di essere praticata?
Commenti: O. VIANA: Per una bibliografia ostetrica e ginecologica italiana.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Manovre per facilitare l'impegno della testa presa col forcipe allo stretto superiore. — Iniezione transperitoneale di ecbolici. — Embolia gassosa durante un taglio cesareo. — Morte in travaglio di parto per ernia traumatica del diaframma. — Eclampsia senza albuminuria. — **Ginecologia**: La radioterapia del cancro dell'utero nella letteratura anglo-americana. — Un caso di endometrioma dell'ombellico. — Gli adenomiomi extra-uterini. — **Pediatria**: Patogenesi della melena dei neonati. — Azione dell'insulina sulla curva del peso corporeo dei nati prematuri. — **Note di biologia**: Il collo dell'utero è uno sfintere? — Il sistema reticolo-endoteliale in gravidanza. — Le piastrine del sangue durante la mestruazione.
I libri.
Varietà.
Notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il fascicolo 1° (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Nuova nostra edizione:

Riordinata ed aggiornata senza mutarvi l'originale indirizzo EMINENTEMENTE PRATICO, molto ampliata ed arricchita di parecchie nuove figure, abbiamo pubblicata la

3ª edizione del

Manuale di Pediatria Pratica

del PROF. DOTT. MARIO FLAMINI

Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università, Direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma.

Affinchè i nostri abbonati possano rendersi conto dell'importanza pratica di questo volume, ne riportiamo qui di seguito l'Indice Sistematico:

PREFAZIONI ALLA 1ª EDIZIONE, ALLA 2ª EDIZIONE E ALLA 3ª EDIZIONE.

PARTE I.

Assistenza al bambino sano.

CAPITOLO I. — *Alcune nozioni di fisiologia del bambino.*
Accrescimento del bambino.
Tubo digerente.
Feci del bambino.
Ricambio materiale del lattante.
Capo.
Sistema nervoso.
Organi dei sensi.
Deambulazione.
Riflessi.
Favella.
Temperatura.
Polso.
Sangue.
Pressione sanguigna.
Respiro.
Sonno.

CAPITOLO II. — *Il neonato normale e prematuro.*
Prime cure.
Assistenza al prematuro.

CAPITOLO III. — *Igiene generale del bambino.*
La bambinaia.
Camera del bambino.
Igiene della pelle - Bagno.
Vestiario.
Sonno.
Uscita.
Giuochi - Giuocattoli.

CAPITOLO IV. — *Allattamento.*
Latte.
Allattamento naturale.
Allattamento materno.
Allattamento a balia.
Divezzamento.
Allattamento artificiale.
Provvista del latte.
Modificazioni del latte.
Sterilizzazione del latte.
Somministrazione del latte al poppante.
Allattamento misto.
Altri alimenti, oltre al latte, che si somministrano durante l'allattamento.
Farine diastasate.
Farine amido diastasate.
Farine amilacee.
Farine composte.
Preparazione di alcuni altri alimenti e bevande da somministrare anche prima del divezzamento.

CAPITOLO V. — *Alimentazione del bambino dopo il 1° anno.*
Preparazione di alcuni alimenti e bevande per i bambini dopo il divezzamento.
Il sistema dietetico di Pirquet.

CAPITOLO VI. — *Irrobustimento - Ginnastica.*

CAPITOLO VII. — *Alcune norme di igiene del bambino durante gli anni della scuola.*

PARTE II.

Nozioni di semeiotica e di terapia generale del bambino.

CAPITOLO I. — *Semeiotica generale del bambino ammalato.*

CAPITOLO II. — *Alcune norme generali di assistenza al bambino ammalato.*
Camera del bambino ammalato.
Dosaggio di medicinali.
Somministrazione di medicinali.

CAPITOLO III. — *Alcuni metodi di cura - Indicazioni e tecnica.*
Idroterapia.
Cataplasmi di seme di lino.
Applicazione del freddo e del caldo sulla cute.
Rimedi fisici esterni per far sudare.
Rivulsivi cutanei.
Lavanda gastrica, clisteri, enteroclismi, suppositori, proctoclisi, lavande vaginali e vescicali.
Cura degli occhi, orecchi e naso.
Cura della gola, polverizzazioni, inalazioni.
Iniezioni, ipodermoclisi.
Puntura lombare, puntura dei ventricoli e della cisterna magna.
Iniezioni endovenose.
Salasso.
Iniezioni epidurali.
Massaggio.
Applicazioni elettriche.
Diatermia.
Irradiazione con raggi ultra-violetti.

CAPITOLO IV. — *Norme generali di assistenza nelle malattie contagiose.*

CAPITOLO V. — *Cure climatiche.*
Norme da eseguirsi per il bagno di mare.
La cura solare.

PARTE III.

Diagnosi e cura delle più comuni malattie dell'infanzia.

CAPITOLO I. — *Malattie dei neonati.*
Cefalo-ematoma.
Ematoma dello sterno-cleido-mastoideo.
Afte di Beduar.
Oftalmia dei neonati.
Paralisi ostetriche.
Malattie dell'ombelico.
Mastite dei neonati.
Sclerema e scleredema dei neonati.
Melena dei neonati.
Penfigo dei neonati.
Ittero dei neonati.
Setticemie dei neonati.
Morbo di Winckel.
Morbo di Buhl.
Tetano dei neonati.
Eresipela dei neonati.
Anomalie congenite.

CAPITOLO II. — *Malattie infettive acute.*
Difterite.
Morbillo.
Rosalia.
Scarlattina.
Quarta malattia.
Varicella.
Vaiolo - Vaccinazione.
Pertosse.
Parotite epidemica.
Influenza.
Febbre ganglionare.
Tifo addominale.
Infezioni paratifiche.
Dissenteria.
Meningite cerebro-spinale epidemica.
Encefalite epidemica.
Poliomielite epidemica.
Corea minore.
Porpora.
Eritemi polimorfi.
Eresipela.
Reumatismo articolare acuto.
Reumatismo articolare cronico.
Malaria.
Leishmaniosi.
Febbre di Malta.
Morbo di Wehil.
Setticemie.
Vaccino-terapia e proteino-terapia.
Stomosine.

CAPITOLO III. — *Malattie infettive croniche.*
Sifilide ereditaria.
Tubercolosi:
Predisposizione.
Tubercolosi delle ghiandole peribronchiali.
Tubercolosi polmonare.
Tubercolosi ossea.
Meningite tubercolare.
Peritonite tubercolare.
Tubercolosi intestinale.
La tubercolino-terapia.
Vaccinazione dei neonati contro la tubercolosi.

CAPITOLO IV. — *Malattie dell'apparato respiratorio.*
Coriza acuta.
Rinite cronica.
Polipi nasali.
Corpi estranei nel naso.
Epistassi.
Otite.
Laringite acuta - Pseudo croup.
Stridore laringeo congenito.
Tracheite e bronchite acuta.
Bronchite asmatica.
Bronchite capillare.
Broncopolmonite.
Polmonite crupale.
Bronchite cronica.
Bronchiectasia.
Broncopolmonite e polmonite cronica.
Pleurite sierosa e pleurite secca.
Empiema.

CAPITOLO V. — *Malattie dell'apparato digerente.*
Disturbi della dentizione.
Ritardo della dentizione.
Carie dei denti.
Anomalie di posizione dei denti.
Labbro leporino.
Stomatiti.
Tonsilliti.
Ipertrofia delle tonsille.
Vegetazioni adenoidee.
Ascesso retro-faringeo.
Imbarazzo gastrico.
Rigurgito e vomito dei poppanti.
Stenosi congenita del piloro.
Vomito ciclico.
Anoressia.
Metodi pratici di esame delle feci.
La teoria di Finckelstein sui disturbi di nutrizione dei poppanti.
Dispepsia gastro-intestinale.
Atonia intestinale.
Intolleranza per il latte.
Gastro-enterite acuta.
Enterite acuta.
Enterite cronica.
Intussuscepzione.
Appendicite.
Peritonite acuta.
Stipsi abituale - Megacolon.
Prolasso del retto.
Ragadi anali.
Malformazioni ano-rettali.
Parassiti intestinali.
Ittero catarrale.
Cirrosi del fegato.

CAPITOLO VI. — *Malattie dell'apparato circolatorio.*
Pericardite acuta.
Pericardite tubercolare.
Obliterazione del pericardio.
Endocardite acuta.
Vizi di cuore acquisiti.
Vizi congeniti di cuore.

CAPITOLO VII. — *Malattie dell'apparato genito-urinario.*
Nefrite acuta.
Nefrosi.
Nefrite cronica.
Nefrite materna e allattamento.
Albuminuria ortostatica.
Tubercolosi del rene.
Cistite - Pielocistite.
Calcoli vescicali.
Fimosi del prepuzio.
Vulvo-vaginite.
Onanismo.
Idrocele.

CAPITOLO VIII. — *Malattie del sistema nervoso.*
Trombosi dei seni.
Meningiti acute.
Idrocefalo cronico.
Microcefalia.
Spina bifida.
Encefalite acuta.
Sclerosi a placche.
Atassia ereditaria.
Malattia di Wilson.
Morbo di Little.
Paralisi spinale flaccida congenita.
Atrofia muscolare progressiva spinale precoce.
Atrofia spinale neuritica.
Distrofia muscolare progressiva.
Miotonia congenita.
Imbecillità - Idiozia.
Isterismo.
Emicrania.
Epilessia.
Spasmofilia.
Enuresi notturna e diurna.
Terrori notturni.
Insonnia.

CAPITOLO IX. — *Malattie costituzionali, del sangue e del ricambio.*
Rachitismo.
Anomalie congenite delle ossa.
Morbo di Barlow.
Diatesi essudativa.
Anemia.
Anemia splenica.
Morbo di Banti.
Leucemia - Cloroma.
Anemia pseudo-leucemica della prima infanzia.
Linfogranuloma maligno.
Emoglobinuria parossistica.
Favismo.
Diabete mellito.
Diabete insipido.

CAPITOLO X. — *Malattie endocrine.*
Malattie della ghiandola tiroide.
Malattie dell'ipofisi.
Malattie dell'epifisi.
Malattie delle capsule surrenali.
Malattie del timo.
Stato timo-linfatico.
Diatrofie di origine generale.
Saggi farmaco-dinamici.

CAPITOLO XI. — *Malattie della pelle.*
Intertrigine.
Eczema.
Impetigine contagiosa.
Lichen orticato.
Sudamina.
Pediculosi.
Scabies.
Tigna favosa.
Erpete tonsurante del cuoio capelluto.

PARTE IV.

Posologia infantile.

Posologia infantile.

Un volume in-8°, di pagg. XII-452 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 118 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **55**, più le spese postali di spedizione.
Per i nostri abbonati solo L. **50**, in porto franco.

ANNO XXXIV Roma, 9 Maggio 1927 Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA.
Direttore: prof. MAURIZIO PINCHERLE.

Un secondo caso di leishmaniosi interna infantile osservato in Siena.

Dott. PIERO BARBACCI, aiuto.

Il caso che riporto è, si può dire, quasi uguale all'altro già da me descritto (V. *Rivista di Clinica Pediatrica*, anno XXIV, n. 2): infatti ambedue i bambini, in un periodo precedente la malattia, sono stati portati nel Principato di Monaco dove, quasi certamente, contrassero la malattia. Ma, mentre nel primo questa venne diagnosticata così tardi da non poter risentire vantaggi dalla cura, in questo secondo invece la diagnosi fu più precoce e la malattia è stata arrestata e guarita con la chemioterapia.

E passo senz'altro a descrivere il caso.

Eraldo B., di anni 2 1/2, da Monticiano (Prov. di Siena). Entrato in Clinica il dì 11 novembre 1925.

La nonna paterna è morta in seguito a nefrite; il nonno è vivente e sano. I nonni materni sono tuttora viventi: la nonna soffre di una malattia di stomaco: il nonno da 14 anni è ammalato di tubercolosi polmonare, ma non convive col bambino.

Il padre del bambino ha sofferto di malaria ed è gastropatico. La madre dice di essere stata sempre in buone condizioni di salute. Ambedue negano la lue e le malattie veneree. La madre ha avuto due gravidanze ambedue condotte a termine.

Il paziente è nato da parto fisiologico. Ebbe allattamento materno, dentizione e deambulazione normali. A 7 mesi fu somministrato del Mellin. Fu divezzato a 12 mesi. Negli ultimi 4 mesi di allattamento naturale, la madre ha dato il proprio latte essendo incinta.

A 2 mesi il bambino fu condotto in Francia (Principato di Monaco) in zona non malarica, dai genitori che ivi erano emigrati e dove rimase per 13 mesi. Abitò dapprima in località assai popolata ed ebbe contatti con emigrati siciliani e napoletani, poi in luogo del tutto isolato.

Durante il soggiorno in Francia il bambino stette sempre bene.

Circa 8 mesi dopo il ritorno in patria e precisamente nel maggio u. s., il bambino fu colpito da morbillo che lasciò una diarrea intensissima con 10-12 scariche nelle 24 ore: tale diarrea du-

rò circo 3 mesi. Le feci, a detta della mamma, non avevano cattivo odore, ma contenevano degli stracci e dei grumi bianchi e talora tracce di sangue. Cominciò inoltre a presentare tumefazione notevole dell'addome e febbre molto irregolare, con punte fino a 40-40,5 e remissioni fin sotto i 37°. Le punte termiche sono andate man mano diminuendo, tanto che adesso la febbre arriva ad un massimo di 38-38,5.

Attualmente anche la diarrea è scomparsa, le feci sono figurate e di aspetto normale. L'addome però non è diminuito, anzi è andato sempre aumentando di volume: la temperatura si presenta in ore sempre diverse e con sbalzi irregolari: a detta della madre quando la febbre tende a diminuire il bambino presenta forti sudori. Non ha mai avuto tosse.

La famiglia del bambino abita adesso in luogo generalmente indenne da malaria: quest'anno però sono stati notati casi di malaria in alcuni abitanti del paese che però erano stati poco tempo avanti in zone malariche.

Il bambino ha avuto qualche dimestichezza con un cane ed un gatto che erano nella casa paterna.

Esame obbiettivo. — Condizioni di nutrizione non molto decadute. Statura cm. 89. Grande apertura ctm. 87. Peso corporeo kg. 13,320.

Il bambino preferisce giacere sul lato sinistro e talvolta bocconi: messo supino si inquieta e tende anche colla forza a rotolarsi sul fianco sinistro.

Cute di colorito pallido, cereo, piuttosto succulenta al viso. Non si notano veri edemi, nè alcun elemento eruttivo: sul braccio sinistro cicatrici di vaccinazione pregressa. Le mucose visibili sono pallide, ma non in grado eccessivo. Spicca maggiormente il pallore dei padiglioni auricolari. La rete venosa sottocutanea traspare bene, specialmente all'addome dove ha il tipo della rete venosa laterale.

Apparecchio ganglionare linfatico. Numerosi gangli al collo all'innanzi e all'indietro dello sternocleidomastoideo, di volume variabile da un chicco di miglio ad una grossa lenticchia: i gangli dell'angolo della mandibola e quelli sottomascellari raggiungono il volume di un piccolo fagiuolo. Alle ascelle si notano pleiadi di elementi più voluminosi a sinistra che a destra. Si palpano le toracali da ambo i lati, più grossa quella di sinistra che quella di destra. Si apprezzano bene anche le epitrocleari. Alle regioni inguinali pleiadi gangliari del volume di un pisello. Tutti gli elementi sono mobili, indolenti, di consistenza elastica.

Masse muscolari mediocremente sviluppate, ma toniche.

All'apparato scheletrico si notano: lievi note rachitiche agli arti e al torace. Il cranio è piuttosto voluminoso, di tipo mesocefalico. Diametro antero-posteriore ctm. 15; diametro trasverso ctm. 14,5. Sporgono alquanto le bozze parietali e l'occipite. L'ossificazione è completa; nessun residuo di craniotabe. Vene del cranio non dilatate. Craniopercussione normale.

La fisonomia appare leggermente alterata dalla succulenza dei tessuti. Nulla a carico degli apparati esterni degli organi dei sensi, se si eccettua un lieve grado di rinite. Labbra un po' tumide, gengive pallide, formula dentaria completa, leggera microdontia, denti regolarissimi per forma ed impianto. Lingua appena impaniata, palato un po' ogivale, istmo delle fauci normale, tonsille poco ipertrofiche, non anfrattuose. Non ipertrofiche le papille circumvallate. La voce è perfettamente chiara. Non tosse.

Collo corto, tozzo: le vene del collo non appaiono. Non si osservano pulsazioni al giugulo nè ai lati del collo. Tiroide piccola. Non rigidità della nuca.

Non dolenti alla pressione le apofisi spinose delle vertebre cervicali.

Torace molto ricacciato in alto e fissato in posizione inspiratoria, svasato alla base, depresso lateralmente. Marcato il solco di Harrison. Rosario rachitico di modico grado: angolo xifoideo ottuso.

L'espansibilità è molto ridotta da ambo i lati. Il fremito vocale tattile non è ben apprezzabile. Tipo di respiro prevalentemente diaframmatico: atti respiratorii irregolari al momento dell'esame per l'agitazione del bambino: nella inspirazione il solco di Harrison si deprime e si mette bene in evidenza.

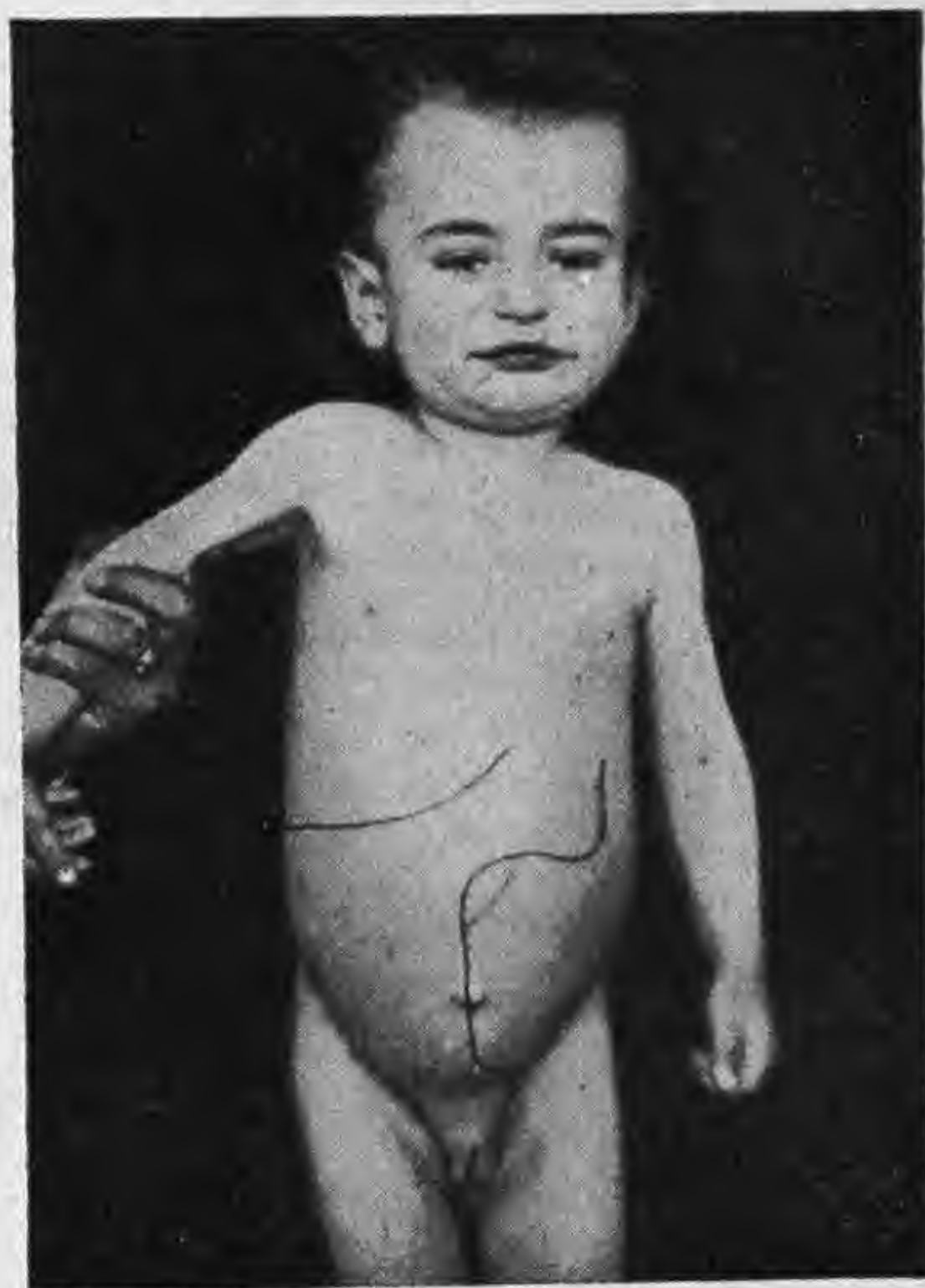



FIG. 1.
Il bambino al momento dell'ingresso in Clinica.

Alla percussione del torace si nota che gli apici sono normali per limiti e sonorità: alle basi lieve smorzamento di suono: nelle regioni anteriori lieve iperfonesi. De la Campe positivo fino alla terza dorsale; impossibile l'apprezzamento dello Schmidt e del D'Espine.

All'ascoltazione non si nota che un respiro un po' rude con scarsissimi fatti umidi delle prime vie.

Cuore. Il confine destro dell'ottusità relativa oltrapassa la margino-sternale di pochi millimetri: il confine superiore è al margine inferiore della seconda costa: il confine sinistro è male apprezzabile per l'ottusità splenica. L'urto della punta non si percepisce con l'ispezione; si nota solo una lieve ondulazione diffusa al margine della papilla. All'ascoltazione i toni cardiaci si sentono concitati: il primo tono impuro, a volte prolungato; il secondo netto, vibrato.

L'addome è notevolmente espanso, soprattutto nei quadranti superiori. La linea xifo-pubica misura ctm. 25 di cui ben 16,5 spettano alla xifo-ombelicale. Circonferenza all'epigastrio ctm. 56,5. Circonferenza all'ombelicale trasversa ctm. 55,5.

La cute dell'addome è tesa ed assottigliata. La rete venosa è molto appariscente, più spiccata nelle parti laterali; alcune arborizzazioni però si distaccano dall'ombelico e salgono verso l'alto. La cicatrice ombelicale è sporgente e si percepisce nettamente una porta d'ernia in cui penetra il polpastrello del mignolo: l'ernia è riducibile. Si nota evidente anche una diastasi dei retti, ed all'unione del terzo medio col terzo inferiore della xifo-ombelicale, si nota una circoscritta punta d'ernia della linea alba.

In corrispondenza della regione inferiore del quadrante superiore di sinistra, si nota un piccolo noduletto sottocutaneo. Non si notano edemi della parete nè zone di arrossamento.

Alla palpazione si nota che i quadranti di destra sono meno tesi di quelli di sinistra. In corrispondenza di quest'ultimi si palpa una massa globosa che dall'arcata costale si porta verso l'ombelicale trasversa e, rasentando l'ombelico, scende in basso fino a portarsi a circa 2 ctm. dalla spina iliaca anteriore superiore. Questa massa, per la sua posizione, per il fatto che è sicuramente sopracolica (come dimostra l'insufflazione dell'intestino), per la presenza della tipica incisura e per il fatto che si continua con l'ottusità normale della milza, si può ben identificare per la milza enormemente ingrandita. La superficie dell'organo è leggermente rugosa, ma molto uniforme, senza rilievi nè bernoccoli; la consistenza è aumentata. Tutta questa massa alla percussione dà netta ottusità: il confine superiore di questa ottusità è al margine superiore della settima costa. La parte più bassa del quadrante inferiore di sinistra dà alla percussione suono timpanico: nel quadrante inferiore di destra, sino al margine dell'ottusità epatica, pure suono chiaro. Nel decubito laterale destro tutto l'epicondrio sinistro rimane ottuso: nel decubito laterale sinistro la regione chiara di destra rimane tale. Nella posizione genu-pettorale, la parte mediana più declive ha suono chiaro, come pure i quadranti di destra: persiste lo smorzamento a sinistra. Impossibile la palpazione della regione renale di sinistra e nulla si avverte a destra.

La colonna vertebrale presenta curvature regolari: nelle regioni paravertebrali nessuna tumefazione nè edema o rossore della parete.

All'ascoltazione della regione della milza si percepiscono bene i toni cardiaci trasmessi: nessun crepitio o sfregamento: assente il soffio splenico.

La vescica è al momento dell'esame vuota. I genitali esterni sono piccoli: lieve grado di fimosi: i testicoli, mobili, giungono con facilità nelle logge scrotali. Le pliche anali sono ben sviluppate e si osserva una ragade.

A carico del sistema nervoso non si notano fatti importanti: la motilità volontaria è conservata: agevoli i movimenti passivi: non ipertonie. La sensibilità appare ben conservata. Non movimenti involontari, non tremore, non mioclonie, non fenomeni convulsivi: nessun fatto di atassia. Riflessi tendinei: patellari molto esagerati, tanto da arrivare alla trepidazione epilettoide: più esagerato il riflesso di destra. Vivaci anche gli achillei. Non clono del piede nè della rotula. Plantare profondo vivace. Riflesso superficiale in flessione. Non Babinski nè ventaglio. Periostei vivaci. Tendinei dell'arto superiore pronti. Riflessi muscolari diretti pure evidenti. Non mioedema. Non facciale. Cremasterici pronti, evidenti. I cutanei addominali sono appena accennati nella metà destra, mancano a sinistra.

Pupille di media ampiezza, reagenti alla luce: congiuntivale evidente. Riflesso faringeo vivacissimo. Sviluppo psichico normale per l'età. Il bambino è un po' nervoso, eccitabile. Nessuna nota degenerativa, nè fatti a carico del trofismo.

Subito dopo l'ingresso in Clinica del bambino fu eseguito un esame di sangue che dette questi risultati:

Emoglobina (Salhi) 25; Globuli rossi 3.500.000; Globuli bianchi 3.787; Valore globulare 0,44; Rapporto globulare 1 su 924.

Formula leucocitaria:

Polimorfi neutrofili 20 %; Polimorfi basofili 0 %; Polimorfi eosinofili 0 %; Monociti 52 %; Linfociti 25 %; Forme di passaggio 3 %. Non globuli rossi nucleati.

Come si vede si nota eritropenia e leucopenia spiccate e soprattutto enorme diminuzione sia del tasso emoglobinico che del valore globulare. Riguardo alla formula leucocitaria è marcatissima la mononucleosi, mentre si nota una forte diminuzione delle forme a nucleo polimorfo.

L'esame delle urine non dette risultati degni di nota salvo la presenza di lievi tracce di albumina, di indacano e di urobilina.

Eseguita la cutireazione questa risultò positiva (+ + +): anche l'intradermoreazione praticata con diluizioni di tubercolina di 1 su 10.000 e 1 su 1000 fu positiva rispettivamente (+ +) (+ + +).

La resistenza globulare eseguita col metodo Viola dette questi risultati:

R 1 = 0,34 % R 2 = 0,40 % R 3 = 0,48 %.

Le prove sieroagglutinanti eseguite sui bacilli del tifo, paratifo A e B e sul micrococcus melitensis furono tutte negative e negativa fu anche la R. W.

Fu fatta anche la prova della velocità di sedimentazione dei globuli rossi usando l'apparecchio tedesco D. R. G. M. fornitoci dalla Ditta Rastelli di Roma e si ebbero questi valori: dopo 1 ora mm. 96; dopo 2 ore mm. 150; dopo 24 ore mm. 160; valore medio 85,50.

La pressione arteriosa (Pachon) era 110 la max, e 45 la min.: avverto che fu presa durante il pianto.

Espletate queste ricerche si ricorse alla puntura della milza usando speciali cautele per prevenire una possibile emorragia e cioè si iniettò circa 12 ore avanti 1 cc. di coaguleno e circa 1/2 ora prima una fiala da 1 cc. di adrenalina al millesimo: si procedette poi tranquillamente alla splenopuntura che fu eseguita con un ago sottilissimo e non dette luogo al benchè minimo inconveniente. Il succo splenico così ottenuto (circa 2/10 di cc.) fu in parte strisciato su portaoggetti e in parte seminato in tre tubi di terreno N. N. N.

Gli strisci colorati con il metodo di May-Grumwald-Giemsa misero in evidenza numerosissimi parassiti di Leishman, per la maggior parte liberi, e in parte inclusi nei grandi mononucleati (V. fig. 2). Le culture invece dettero esito nega-

tivo e mostrarono un inquinamento univoco da germi grossi e tozzi.

Si iniziò subito la cura col tartaro stibiato, usando la soluzione all'1 %. Si fecero 4 iniezioni endovenose a dosi progressive (1ª: iniezione: 1cc., 2ª: 2cc., 3ª: 3cc., 4ª: 3cc., pure). Dopo la 4ª si abbandonò il tartaro stibiato per usare l'iniezione antimoniale Zambeletti per via intramuscolare. Queste iniezioni furono fatte ogni due giorni.

Mai durante la cura avemmo a lamentare disturbi a carico del rene.

Dopo circa un mese e mezzo di permanenza in Clinica e dopo terminata la prima serie di iniezioni, il bambino viene dimesso in condizioni leggermente migliorate, per ciò che riguarda l'ematosi ed il peso corporeo, ma stazionario rispetto alle condizioni della milza e del fegato: le misure dell'addome erano infatti uguali a quelle prese al momento dell'ingresso in Clinica. Si prescrive una cura a base di siero di cavallo (Hémostyl).

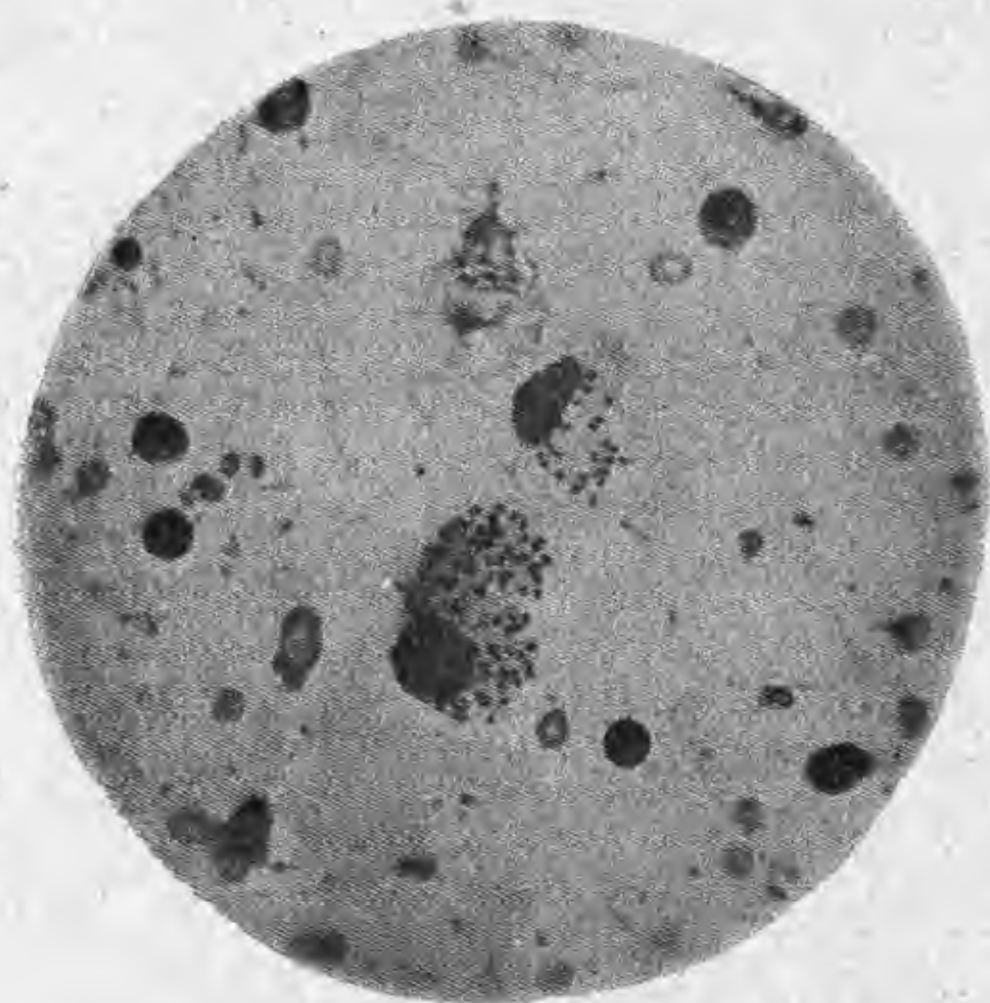



FIG. 2.
Ganghe di parassiti nel succo splenico.

Dopo circa 20 giorni di permanenza a casa il bambino rientra in Clinica per una seconda serie di iniezioni antimoniali. Si nota un lieve miglioramento delle condizioni dell'addome: infatti le misurazioni danno i seguenti risultati: circonferenza all'epigastrio ctm. 54,5, circonferenza all'ombelicale trasversa ctm. 54,5, linea xifo-pubica ctm. 23,5, linea xifo-ombelicale ctm. 15, linea ombelico-pubica ctm. 8,5. Il peso corporeo è di kg. 14,300.

Con le stesse precauzioni della volta precedente, si procede ad una seconda splenopuntura: si estraggono circa 3/10 di cc. di succo splenico che in parte viene strisciato su vetrini e in parte seminato in 4 tubi di terreno N. N. N. Negli strisci colorati con il solito metodo May-Grumwald-Giemsa i parassiti erano rarissimi (4 o 5 per preparato) e rare anche apparivano le cellule che in generale li contengono. Le culture vengono tenute per 6 giorni a 22° indi si fanno dei preparati col liquido di condensazione: tali preparati, colorati con il solito metodo May-Grumwald-Giemsa, mostrano forme flagellate abbastanza numerose e per lo più isolate.

Viene intanto fatto un secondo esame di sangue che dà:

Emoglobina (Salhi) 45; Globuli rossi 4.000.000; Globuli bianchi 4.848; Valore globulare 0.56; Rapporto globulare 1 su 825.

Formula leucocitaria: Polimorfi neutrofili 40 %; Polimorfi basofili 2 %; Polimorfi eosinofili 0 %; Monociti grandi 10 %; Monociti medi 13 %; Monociti piccoli 24 %; Forme di passaggio 4 %; Globuli rossi nucleati 7 %.

Come ben si vede un notevole miglioramento si nota anche nel sangue, rispetto al primo esame eseguito: è infatti notevole l'aumento dell'emoglobina soprattutto e del valore globulare, la formula leucocitaria ci dice che oltre ad un fortissimo aumento dei leucociti granulosi e ad una correlativa diminuzione dei mononucleati, esiste anche una piccola percentuale di globuli rossi nucleati, i quali ci stanno probabilmente ad indicare lo sforzo rigenerativo che sta compiendo il midollo osseo.

Espletati questi esami si iniziò la seconda serie di iniezioni antimoniali usando questa volta esclusivamente il preparato della casa Zambeletti, che però modificammo nel senso che non diluimmo la soluzione salina con una uguale quantità di siero fisiologico (come vuole l'etichetta del preparato) ma invece con una quantità tripla di quella prescritta, poichè in tal modo si osservò che il preparato era assai meglio tollerato. Facemmo in tutto 9 iniezioni, aumentando progressivamente le dosi: iniettammo così in tutto un quantitativo corrispondente a 50 ctgr. di tartaro stibiato.

Questa seconda serie di iniezioni durò circa un mese: le iniezioni vennero fatte ogni 4 giorni, endo-muscolari profonde. Nessuna reazione locale nè generale dettero le prime; solo l'ultima determinò un infiltrato nel punto di inoculazione, infiltrato che perdurò a lungo, e al quale seguì una diminuzione di forza nella gamba. Tale infiltrato è ora (a 9 mesi di distanza) completamente scomparso e la gamba ha ripreso la sua funzionalità normale.

Terminatá la cura si fece un nuovo esame di sangue e si ripresero le misure dell'addome. Ecco i risultati:

Esame di sangue: Emoglobina (Salhi) 75; Globuli rossi 4.600.000; Globuli bianchi 6.262; Valore globulare 0,80; Rapporto globulare 1 su 734.

Formula leucocitaria: Polimorfi neutrofili 67 %; Polimorfi basofili 1 %; Polimorfi eosinofili 0 %; Monociti grandi 13 %; Monociti medi 13%, Monociti piccoli 6 %.

Non globuli rossi nucleati.

Misure dell'addome. — Circonferenza all'epigastrio cm. 54. Circonferenza all'ombelicale trasversa cm. 52. Linea xifo-pubica cm. 21. Linea xifo-ombelicale cm. 13. Linea ombelico-pubica cm. 8.

Come si vede sia le condizioni del sangue che quelle dell'addome risultano enormemente migliorate. Nel sangue si nota un forte aumento dell'emoglobina dei globuli rossi e soprattutto del valore globulare: le misure dell'addome appaiono tutte diminuite.

Dopo questa seconda serie di iniezioni la milza raggiunse col polo inferiore l'ombelicale trasversa. Anche il fegato diminuì fortemente e la febbre, pur mantenendo il carattere d'intermittenza, diminuì il livello delle punte di ascesa. La febbre ha sempre carattere remittente e intermittente, non mai netto carattere ondulante. In que-

ste condizioni il bambino venne dimesso dopo circa un mese e mezzo di permanenza in Clinica.

Ci viene riportato ambulatoriamente nel settembre u. s. vale a dire dopo 7 mesi di permanenza a casa. Il bambino appare in condizioni eccellenti. È aumentato moltissimo in peso, raggiungendo i kg. 18,400 (il bambino ha ora circa 3 anni e mezzo): l'addome non è più espanso: la milza deborda circa due dita trasverse l'arco costale: il fegato si palpa all'arco costale. Le misure dell'addome sono le seguenti: circonferenza all'epigastrio cm. 60. Circonferenza all'ombelicale trasversa cm. 58. Linea xifo-pubica cm. 28. Linea xifo-ombelicale cm. 17. Linea ombelico-pubica cm. 11.

FIG. 3.

Il bambino dopo due serie di iniez. antimoniali.

Le misure risultano quindi di molto aumentate, ma bisogna tener presente che il bambino è molto aumentato in peso e in statura (questa infatti raggiunge il metro preciso): la pelle dell'addome si solleva in pieghe dello spessore di cm. 1, giustificando quindi pienamente l'aumento delle suddette misure.

Questo caso, oltre all'interesse che offre dal lato epidemiologico (1) è anche interessante per il fatto che la cura è stata iniziata 6 mesi dopo l'insorgenza della malattia e quindi assai tardi e ciononostante ha dato magnifici risultati; cura che, nella formula da noi usata ha il vantaggio, prezioso nell'età infantile, di poter essere praticata per via intramuscolare.

---

(1) Su questo ho già avuto occasione di intrattenermi (v. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, XIX, n. 1).

NOTE E CONTRIBUTI.

Fatti e considerazioni sulla sensibilità del peritoneo e dell'appendice infiammata

per il dott. MARCO DE VINCENTIS,
medico-condotto di Posta (prov. di Aquila).

Esiste tuttora disaccordo tra gli autori sull'annosa questione della sensibilità dolorifica degli organi addominali: se questa è data dall'organo stesso, dal peritono vicino *o è un riflesso viscero-sensorio cioè dolore riferito;* se il peritoneo parietale, il mesentere e i meso sono innervati dal simpatico o dal sistema cerebro-spinale di relazione. A tal uopo, per contribuire a delucidare tale punto oscuro della scienza medica riporto alcune mie considerazioni su due esperimenti che sono stati cortesemente eseguiti nel II Padiglione del Policlinico, dal prof. Margarucci dietro mio invito e dietro indicazioni da me date durante l'esecuzione di due atti operativi.

ESPERIMENTO I. — O. A., di anni 25, dal 12 agosto 1925 ha sofferto tre attacchi di appendicite acuta, di cui l'ultimo il 12 novembre della durata di cinque giorni.

Operazione, 2 dicembre 1925. Viene dal prof. Margarucci praticata l'anestesia lombare a livello dello spazio compreso fra la 12ª vertebra dorsale e la 1ª lombare. L'anestesia completa della parete addominale si estende in alto fino al territorio innervato della 10ª radice dorsale e l'incisione viene fatta in territorio anestetico. Vengono incisi la cute, i muscoli e il peritoneo parietale senza alcun dolore.

Manovre fatte per saggiare il dolore:

1) Viene afferrato con le pinze il peritoneo parietale delle due labbra della incisione, e viene stirato in alto e in avanti.

Dal malato è accusato dolore istantaneo al dorso, seguito da senso di bruciore che dura fino a che si seguita a stirare il peritoneo.

2) Dopo aver afferrato l'appendice con due dita in ciascuno dei due estremi, viene fatta trazione in senso contrario.

Non dolore.

3) Si fanno trazioni sul mesenteriolo dell'appendice.

Dal malato è accusato dolore localizzato all'epigastrio profondamente.

4) Si comprimono con una certa forza l'appendice e il mesenteriolo, prima fra due dita e poi fra le branche di una pinza di Pean.

Non dolore.

5) Si stirano in alto e in avanti il cieco, l'appendice e l'ultima porzione del tenue.

Dal malato è accusato dolore localizzato all'epigastrio profondamente.

6) Si comprimono con una certa forza le pareti del cieco fra due dita e si fanno trazioni, dopo aver afferrata una plica della parete anteriore alle due estremità.

Non dolore.

7) Si escide l'appendice, che si riscontra tumefatta, vascolarizzata.

Non dolore.

8) Si suturano il peritoneo parietale, i muscoli e la cute.
Non dolore.

ESPERIMENTO II. — R. Giuseppe, di Salvatore, di anni 25, affetto da ernia inguinale destra.
Operazione. — Ottobre 1925, con anestesia lombare. Si trova un voluminoso sacco, che si apre e dentro si trova l'omento in gran parte aderente. Ad ogni legatura dell'omento si nota che il paziente avverte un istantaneo e fugace dolore, che egli riferisce alla regione dello stomaco profondamente. Se si stira il sacco il malato avverte dolore anche alla regione dello stomaco. Tutte le altre manovre operatorie sono indolenti.

I. — Analizzando i fatti venuti alla luce durante i detti esperimenti si constata nel 1º caso che l'incisione, la sutura del peritoneo parietale non provocano dolore mentre lo stiramento di questo provoca dolore e senso di bruciore che viene localizzato al dorso; inoltre si constata nel II caso che, se si stira il sacco erniario, il malato avverte dolore localizzato all'epigastrio profondamente.

Il peritoneo parietale tanto nel 1º che nel 2º caso, essendo situato nella faccia posteriore della parete addominale anteriore completamente anestetica, sarebbe dovuto rimanere indolore a tutti gli stimoli se fosse innervato dagli stessi nervi che vanno alla parete, e poichè le trazioni sono riuscite dolorose (perchè solamente le trazioni tratterò in seguito) si deve pensare che il peritoneo parietale è innervato da fibre che nascono nel midollo spinale superiormente alle radici nervose anestetiche, cioè superiormente alla 10ª radice dorsale e precisamente da fibre del grande e piccolo splancnico che nascono dal 5º all'11º o 12º segmento midollare (Pottenger, Meyer, Gottleib, Cassirer, Eppinger, Hess, Falta, Onuf, Collins, Langley e François Frank) cioè dal simpatico. Non possiamo pensare che la sensibilità dolorifica sia data dal vago perchè questo non è ritenuto nervo sensitivo dopo l'uscita del laringeo superiore benchè studi recentissimi di Max Kappis (*Medizinische Klinik*, 10 aprile 1925) tendano a far ritenere sensitivo anche il vago nel suo percorso addominale.

Conformemente al risultato dei nostri esperimenti attribuisce al simpatico la innervazione del peritoneo parietale Mackenzie (*Les symptômes et leur interpretation*, traduit par Guilleaume, pag. 221), però questo autore sostiene che il peritoneo non gode di alcuna sensibilità dolorifica, come in genere tutti gli organi interni.

Anche Poettenger (*Symptoms of visceral disease*, 1922) ammette che il peritoneo parietale è innervato dal simpatico, però in unione con nervi provenienti dal sistema cerebro spinale di relazione.

Quasi tutti gli altri autori (Vilms, V. Z. Cope, Brüning, Kuhlenkampff, ecc.) sono d'avviso che il peritoneo parietale è innervato dagli stessi nervi che danno la sensibilità ai tessuti della parete addominale, cioè da nervi spinali, però, contrariamente a tale asserto, debbo far notare che, oltre alle suesposte considerazioni anatomo-fisiologiche, altri due fatti venuti alla luce durante i nostri esperimenti militano in favore della innervazione simpatica del peritoneo parietale.

A) Nel nostro primo esperimento l'incisione e la sutura, stimoli comuni che provocano dolore nei tessuti innervati dal sistema cerebro-spinale di relazione, sono rimasti senza effetto; mentre invece la sola trazione del peritoneo parietale ha suscitato le grida del paziente, e ciò d'accordo con la fisiopatologia degli organi innervati dal simpatico, la quale ci insegna che per provocare dolore in organi e tessuti da questo innervati, necessità uno stimolo speciale per qualità e quantità, il così detto stimolo adeguato (Makenzie, Poettenger, Brüning, Head), che nel nostro caso è stata la trazione.

B) Inoltre nei nostri due esperimenti il dolore non è stato localizzato nel punto di produzione, ma riferito nel 1º esperimento al dorso e nel 2º all'epigastrio, e ciò conformemente anche alla fisiopatologia del simpatico che, secondo Brüning (*La dottrina del dolore addominale*, Wochenschrift, 1924), ci insegna, che esiste una notevole differenza fra il dolore degli organi e tessuti innervati dal simpatico e quello dei tessuti innervati dal sistema cerebro-spinale, ed è data dalla precisa localizzazione di questo ultimo nel punto di produzione, e dalla localizzazione dell'altro, lontano dal punto di produzione, come nel nostro caso. È nota l'esperienza di Buchholz (riportata da Brüning) il quale eseguì un esperimento su se stesso con un pasto di contrasto dinanzi allo schermo roentgenologico e notò che, mentre lo spasmo del colon innervato del simpatico, origine del dolore, era situato circa 10-11 cm. al di sotto dell'ombelico, il dolore fu percepito profondamente all'epigastrio. A tal proposito Head, in seguito a studi diligenti e meticolosi è venuto alla conclusione che gli organi innervati dal simpatico sono dotati della così detta *sensibilità protopatica* (Head-Henry: *Studies in Neurologies*, 1920, pag. 328) cioè sono incapaci di localizzare il dolore, il quale viene proiettato alla superficie del corpo, come dolore riferito (referred pain). Se nelle lesioni infiammatorie acute del peritoneo parietale il dolore intensissimo (coup de poignard, Dieulafoy) viene esattamente localizzato dove è provocato, ciò avviene per la compartecipazione dei tessuti sensibilissimi properitoneali (V. Z. Cope, *The Lancet*, 4 marzo 1922;

Mackenzie, *locus citatus*, pag. 40 e 221) innervati dal sistema nervoso di relazione, e provvisti molto più abbondantemente di fibre dello stesso peritoneo parietale, il quale per le suddette ragioni e suddetti fatti dobbiamo affermare essere innervato dal simpatico.

II. — Abbiamo constatato nel 1° esperimento, che lo stiramento del mesenteriolo dell'appendice, lo stiramento del cieco o meglio del peritoneo che fissa il cieco alla parete posteriore dell'addome, lo stiramento del mesentere sono riusciti dolorosi con localizzazione del dolore all'epigastrio. Poichè tali attacchi peritoneali sono inseriti nella parete posteriore dell'addome e precisamente, la radice del mesentere dalla sinfisi sacra iliaca destra fino alla 2ª vertebra lombare, e gli attacchi peritoneali del cieco alla superficie interna del muscolo ileo-psoas a livello dell'osso iliaco di destra; e poichè la parete posteriore dell'addome è anestetica fino alla decima radice dorsale, è da escludere che il dolore sia provocato da stiramento di tali tessuti insensibili; invece si deve ammettere che il dolore sia provocato da stiramento dello stesso mesentere e degli attacchi peritoneali, i quali debbono la loro sensibilità al fatto di essere innervati da cordoni nervosi che nascono nel midollo superiormente alla zona anestetica cioè superiormente alla 10ª radice dorsale, quindi dal grande e piccolo splancnico, ossia dal simpatico. I nostri risultati sono conformi a quelli che ha ottenuto Kappis nel 1913 (*Contributo allo stato della sensibilità della cavità addominale*, Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1913, XXVI, 3) il quale, avendo tagliato nei cani il midollo spinale a livello dell'ultima radice dorsale, notò dolore nella trazione del mesentere del tenue solamente, con un limite inferiore più alto che nel nostro caso, in cui sono riusciti sensibili alla trazione anche gli attacchi peritoneali del cieco, benchè fossero anestetiche anche le ultime due radici spinali. A tal proposito è da considerare che gli esperimenti fatti nei cani od animali in genere sono molto più fallaci di quelli fatti su uomini, sia per la poca sensibilità di quelli, sia perchè gli animali non hanno un modo preciso di esprimere il dolore che per mezzo delle grida, le quali, possono essere provocate da svariate cause e quindi con svariate possibilità di errori di interpretazione.

I nostri risultati e quelli di Kappis sono però in disaccordo con le idee di Vilms (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 100) di Kuhlenkampff (*Deutche Med. Wochenschr.*, 1920, XLVI, n. 14-15, pag. 377; Noch e inem Vortrey, Gehalten in *Der Zwickeauer Medicinischen Gesellschaft*, ann. 4, novembre 1919) i quali affermano che i mesenteri e i meso sono sensibili al dolore solo perchè innervati dal sistema cerebro-spinale di relazione. Il Vilms sostiene di aver seguito nei mesenteri i nervi sensitivi di origine spinale fino in vicinanza dell'intestino. Kuhlenkampff, con l'aiuto dell'anatomia e della embriologia, ammette essere i nervi, che provvedono all'addome, nervi spinali, i quali non hanno alcun rapporto con gli organi e provvedono esclusivamente al peritoneo parietale e alle duplicature peritoneali che formano i legamenti e i mesenteri; mentre gli organi interni non possiedono fibrille sensibili verso il dolore. Come conseguenza clinica egli afferma che il paziente diventa clinicamente ammalato soltanto quando l'affezione dell'organo, la quale decorre sempre senza dolore, diventa addominale, cioè quando le vicinanze più o meno immediate sono compromesse dalla flogosi o meccanicamente; la malattia della zona non sensibile passa alla zona che avverte il dolore; in tal modo la malattia di un organo diventa malattia addominale. Insomma tanto Vilms che Kuhlenkampff negano al simpatico qualsiasi sensibilità dolorifica, come pure l'innervazione del mesentere e dei meso.

La contradizione tra le due opposte teorie però è più apparente che reale poichè le fibre sensitive del simpatico o grosse fibre a mielina di Kölliker (Laignel Lavastine) hanno il loro centro trofico nel ganglio spinale come le fibre nervose del sistema cerebro-spinale, e non dovrebbero essere annoverate fra le fibre vere del simpatico poichè « toute conduction est donc sympatique, que pour aller de la moëlle à la périphérie emprunte au moins deux neurones. Toute autre est cérébro-spinale » (Laignel Lavastine, *Pathologie du sympatique*, 1924, pag. 252.

III. — Nei due suddetti esperimenti abbiamo constatato che sono riuscite dolorose le trazioni del grande epiploon nel 1° caso, le legature di questo nel 2° caso, e per le considerazioni dianzi esposte dobbiamo anche qui affermare che la sensibilità dolorosa del grande epiploon è data pure dal grande e piccolo splancnico, cioè dal simpatico.

IV. — Come possiamo spiegare ora il dolore localizzato all'epigastrio sia nelle trazioni del mesentere e degli altri attacchi peritoneali, sia nelle trazioni che nella legatura del grande epiploon?

Brüning suppone che i dolori degli organi e tessuti addominali, innervati dal simpatico, vengono trasmessi fino al ganglio celiaco e quivi

vengono localizzati, dando origine al dolore epigastrico profondo, così comune nelle malattie organiche e funzionali dell'intestino, stomaco, cistifellea. Dello stesso parere sono Laignel-Lavastine (*locus citates*, pag. 668 e seguenti), Jaboulay, Teissier, Triantaphyllèdes (*Arch. gén. de méd.*, settembre 1907, pag. da 663 a 637), Francesco Galdi (*Tommasi*, 1909, n. 16-17-18), Mathieu, Bichat (*Anat. gén. Systém. nerv. de la vie organique*). Laignel-Lavastine dice che « il punto epigastrico doloroso, le *clou solaire*, l'iperestesia permanente del plesso solare può essere prodotta sia da solaralgia (celialgia) che da affezioni d'un organo addominale: appendicite cronica, litiasi bibiare, lesioni uterine ed annessiali, sopratutto le ptosi addominali » con stiramenti quindi degli attacchi peritoneali come nei nostri casi. Bichat dice nel loco citato che « on ne peut nier certainement que le plexus solaire joue un grand rôle dans les diverses sensations que nous éprouvons à l'epigastre ». Leven (riferito da Laignel-Lavastine a pag. 669) ha avuto il merito di mostrare che negli ptosici, quindi in quelli che hanno stiramento degli attacchi peritoneali, le clou solaire, il dolore gastrico profondo aumenta nella posizione in piedi e sparisce se in qualche modo si spinge in alto la massa gastro-intestinale e tale dolore epigastrico si trova frequentemente in clinica in donne affette da rene mobile (Laignel Lavastine). La teoria dei suddetti autori è contraria all'anatomia e alla fisiologia. Infatti le fibre nervose sensitive del grande e piccolo splancnico, cioè dei simpatico, constano di un solo neurone, dopo uscite dal midollo spinale; hanno il centro trofico nel ganglio spinale, attraversano il ganglio celiaco, il plesso solare senza interrompersi in nessun altro neurone sino all'innervazione terminale dell'organo, ed hanno, come in genere tutte le fibre nervose, solo la facoltà di condurre lo stimolo e non di provocare e localizzare una sensazione che è funzione di centri e non delle fibre nervose. Inoltre tale teoria è contraria alla legge della proiezione eccentrica delle sensazioni (N. Zuntz e A. Loewy, *Fisiologia dell'uomo* tradotta in italiano, pag. 208) « per cui noi trasportiamo la sensazione nell'organo di senso corrispondente, oppure ne cerchiamo la causa al di fuori del nostro corpo, cioè sull'oggetto dal quale, secondo l'esperienza, proviene lo stimolo ». Anche quando si sia perduto l'organo terminale, ad es. allorchè una gamba è stata amputata, l'uomo può avere ancora sensazioni nell'arto mancante se, nella cicatrizzazione del moncone, si presentano stimolazioni dei nervi sensitivi tagliati. Nella pratica corrente è dato frequentemente di osservare dolori sciatici percepiti lungo l'arto inferiore e dolori nevralgici del trigemino percepiti nel viso, benchè provocati da radicoliti, compressione per tumore, gomma o tubercolo delle rispettive radici spinali e cerebrali. Per le suddette ragioni quindi noi non possiamo percepire il dolore precisamente cioè nella regione del ganglio celiaco e del plesso solare, anche se vi sia una lesione organica o funzionale di tali fibre nervose, prodotta da trazioni del mesentere o dei meso, come nel nostro caso e come si riscontra frequentemente in clinica nelle visceroptosi addominali. Non ci resta come spiegazione della localizzazione del dolore all'epigastrio, che la teoria di Mackenzie (*locus citatus*, pag. 100) cioè la teoria del riflesso viscero-sensorio, secondo la quale uno stimolo adeguato (che nel caso nostro è la trazione per gli attacchi peritoneali in genere e la legatura per il grande epiploon), viene trasmesso per vie simpatiche fino al midollo spinale, dove si estende alle cellule vicine, le mette in azione, e tale eccitamento, poichè affetta le cellule che hanno la funzione della sensibilità dolorifica, si traduce con la percezione di un dolore che è proiettato alla periferia, cioè alla superficie del corpo per la detta legge della proiezione eccentrica di Mueller. Poichè gli attacchi peritoneali e l'epiploon sono innervati dal grande e piccolo splancnico, e poichè questi nervi hanno i loro centri nel midollo a livello del 5° fino all'11° e 12° segmento dorsale, ne viene di conseguenza che le aree cutanee e muscolo-connettivali sottostanti della parete addominale, dove viene percepito il riflesso viscero sensorio, sono quelle innervate da radici nervose che emanano da tali segmenti, ma specialmente dalla 5ª alla nona, (Poettenger, *locus citatus*, pag. 142) con riferimento più intenso o quasi esclusivo verso la linea mediana (Poettenger, pag. 80), che nel nostro caso è precisamente l'epigastrio. Tale teoria ci dà la spiegazione più confacente a verità, se non addirittura la vera.

V. — Altri due fatti interessanti sono venuti alla luce nel 1° esperimento, promettenti conseguenze molto proficue.

1° L'appendice, benchè infiammata, è risultata insensibile, ad addome aperto, a qualsiasi stimolo meccanico di pressione e di stiramento, i quali perciò non rappresentano per questa il vero stimolo adeguato. Quando noi, nelle nostre comuni manovre semiotiche eseguite per constatare se l'appendice è dolente, facciamo pressione dall'esterno con la mano, noi non provochiamo che uno *stimolo inadeguato* attraverso la parete addominale, e se il malato risente dolore, erroneamente sentenziamo che l'appendice è dolente

poichè, come risulta dai fatti venuti alla luce durante il 1° esperimento, neanche la forte compressione diretta fatta con la pinza di Pean sull'appendice infiammata è stato stimolo adeguato per produrre dolore. Inoltre non possiamo credere neppure che le nostre manovre semiotiche di pressione dall'esterno possano provocare dolore nel mesenteriolo poichè, neanche la compressione forte fatta direttamente su questo, anche con la pinza di Pean nel nostro esperimento, è stato stimolo adeguato per la provocazione del dolore.

2) Durante l'esame obiettivo del 1° caso è risultato che la pressione con la mano nella regione appendicolare ha provocato dolore, il quale però si è mantenuto inalterato anche quando il malato *ha contratto volontariamente i muscoli addominali, dietro nostro invito, cioè quando nessun organo interno poteva essere compresso*, dall'esterno. Si comprende di leggieri che il dolore provocato in tal modo appartiene esclusivamente ai tessuti della parete addominale divenuti iperalgesici, e non possiamo spiegare questo fatto che solo ammettendo essere l'iperalgesia dovuta al riflesso viscero-sensorio di Mackenzie, riferito alla superficie del corpo e precisamente nella regione appendicolare. Tale iperalgesia dei tessuti viene spiegata nel seguente modo. L'appendice infiammata manda stimoli anormali alle rispettive cellule del midollo, dal cui segmento è innervato, per mezzo dei suoi nervi centripeti; provoca il riflesso viscero sensorio, e rende anormalmente eccitabili tali cellule, che nel caso nostro sono situate nel 10°-11° segmento dorsale, così che se una eccitazione (per es. la pressione sulla parete addominale fatta con la mano) che allo stato normale non produce alcuna sensazione dolorosa, agendo su un centro anormalmente sensibile per mezzo dei propri nervi afferenti, provoca dolore, che viene riferito alla parete addominale, ma in sostanza appartiene alle cellule del midollo e viene proiettato alla periferia per la suddetta legge della proiezione eccentrica delle sensazioni (Mackenzie, *locus citatus*, pag. 104; Poettinger, *locus citatus*, pag. 84). Non è a credere però che i segmenti midollari irritati in casi di appendicite sono sempre il 10° e 11°, potendo l'irritazione anormale estendersi al 9° e più in alto ancora, come pure in basso fino alla 3ª lombare, e in tal modo si spiega come nel 1° stadio dell'appendicite, nello stadio cioè preperitonitico, il dolore può risentirsi solo all'epigastrio, o anche al lato opposto.

EPICRISI. — I. Il peritoneo parietale, il mesentere e i meso in genere sono provvisti di fibre sensitive emanate dal simpatico, sono dotati di sensibilità dolorifica solo in seguito a trazione, la quale rappresenta per essi l'unico stimolo adeguato, e probabilmente molti dolori, provocati nell'intestino e nell'appendice in seguito a flogosi o disturbi funzionali (spasmo, distensione), dipendono da lesioni meccaniche del peritoneo vicino.

II. La legatura del grande epiploon è per questo uno stimolo adeguato per provocare dolore, così che nelle ernie strozzate, specialmente crurali, noi dobbiamo credere che il dolore è dato anche da strozzamento del grande epiploon.

III. Tutte le manovre semiotiche fatte per constatare se l'appendice è dolente sono *fallaci*.

IV. Il dolore localizzato all'epigastrio, così comune in molte malattie dell'intestino e dell'appendice, è riflesso viscero sensorio e non è dato nè dal ganglio celiaco, nè dal plesso solare.

DALLA PRATICA CORRENTE.

ISTITUTO ANTIMALARICO PONTINO
diretto dal prof. G. SANARELLI.

Un eczema professionale.

Dott. GUSTAVO FOÀ.

Nel praticare, quest'estate, la profilassi e la cura della malaria fra il personale addetto a una importante fabbrica di conserva di pomodoro, nella provincia romana, ho avuto occasione di visitare giornalmente più di duecento operaie ivi adibite e ho potuto osservare un eczema delle mani, inerente certo alla professione praticata, che credo non sia stato fino ad oggi bene illustrato. Ma poichè l'industria della conserva di pomodoro è una delle più fiorenti in Italia, ed è ancora in continuo incremento, non credo sia inutile spendere poche parole sull'argomento.

Sono note, tra le malattie professionali, non poche affezioni della pelle illustrate nei trattati di Dermatologia e di Patologia del lavoro. Sono noti: l'eczema dei fornai, dovuto però ad un acaro; quello dei lavoratori di talune sostanze chimiche; quello delle lavandaie; quello dei lavoratori dei bottoni di madreperla; quello dei lavoratori di taluni legni (ebano, mogano); quello comune e assai importante da primule; quello dei risaiuoli. In un'importante monografia su le Dermatiti da lavoro, il Montesano ricorda ben 74 forme di eczema da lavoro; ma non fa menzione di quello dei lavoratori del pomodoro. Anche in altri trattati da me consultati di Patologia del lavoro, e in trattati di Dermatologia, non ho po-

tuto trovare cenno di questa particolare affezione morbosa.

La malattia colpisce, per quanto io ho visto, di preferenza, le donne e i bambini, perchè questi vengono per lo più adibiti alla pelatura dei pomodori sia per farne conserva, sia per collocarli in scatole, mentre il rimanente lavoro viene compiuto con le macchine. Tra le donne sono più soggette le giovani, mentre quelle di una certa età (oltre i 50 anni) sono quasi immuni, e tra le giovani con più veemenza quelle di temperamento linfatico o anemico.

La dermatosi è un vero eczema e passa per tutti gli stadi classici degli eczemi.

Da prima compare un semplice arrossamento su la cute della faccia interna delle dita, nei solchi interdigitali e nelle pieghe digito-palmari.

Su queste zone arrossate si formano delle piccole papule, poco rilevate, acuminate che ben presto si trasformano in vescichette, le quali tosto si aprono e si ricoprono di una crosticina nera; il tempo quindi che trascorre tra lo stadio papuloso e quello crostoso è assai breve e il più delle volte la trasformazione si compie nella medesima giornata.

In questo stadio l'eruzione può essere facilmente scambiata con la scabbia. A facilitare l'errore concorre anche il fatto che la sede è precisamente quella di elezione della scabbia e che le persone colpite, il più delle volte fanno vita in comune e mancano di norme d'igiene, il che servirebbe a far supporre il diffondersi della malattia per contagio.

Alla fase pustolosa segue quella delle ragadi, che è la più duratura e la più fastidiosa per i pazienti. Le ragadi decorrono lungo i solchi interdigitali e digito-palmari, interessano l'epidermide e il derma fino agli strati più profondi, lasciando alcune volte scorgere sul fondo lo strato più esterno del sottocutaneo in flogosi. Le ragadi poco dolorose spontaneamente sono dolorosissime se vi penetrano corpi estranei. Molto spesso, poichè malgrado il dolore le operaie continuano alla meglio il loro lavoro, le spaccature sono infiltrate di traccie di sostanze del pomodoro, che mantengono uno stato irritativo. Si comprende facilmente che se il lavoro non viene sospeso la guarigione non può verificarsi malgrado tutti i trattamenti in uso per le forme eczematose. Successivamente, l'eczema passa al palmo della mano. Allora le pieghe palmari vengono occupate da ragadi assai estese e profonde che attraversano il palmo della mano in tutta la sua lunghezza; sono molto dolorose e obbligano la mano a stare semiflessa. Nei casi piu estesi l'eczema arriva alle pieghe del polso che difficilmente però supera. Intorno alle ragadi la cute appare ispessita, biancastra e lievemente macerata.

Se il lavoro viene sospeso, con i soliti trattamenti di polveri e di pomate inerti, le ragadi, se nel frattempo non si sono infettate e non è sopraggiunto un processo suppurativo, si avviano rapidamente alla cicatrizzazione. Ove la malattia sia ancora nei primi stadi di sviluppo, si ha facilmente l'essiccamento delle vescicole e la *restitutio ad integrum*. Anche dopo avvenuta la *restitutio ad integrum*, la cute appare arrossata, scabra, lievemente raggrinzita, e se le lesioni erano molto estese, solcata da piccole cicatrici lineari leggermente infossate, che danno alla mano un aspetto sgradevole. Cosicchè anche dopo avvenuta la guarigione si può parlare di stigmate professionali.

Nel mirabile romanzo di Jack London, *Martin Eden*, nel quale l'autore narrando la sua propria vita rispecchia quella della società borghese ed operaia di una grande città americana, il protagonista nello stringere per la prima volta la mano ad una fanciulla che gli viene presentata sa riconoscere al buio, da queste scabrosità della mano, che essa è stata operaia in una fabbrica di conserve di pomodoro, con grande stupore della ragazza.

Accertato che la malattia era in rapporto con la pelatura del pomodoro, per i caratteri, per la sede e sopratutto perchè essa compariva in quasi tutte le operaie adibite a questo lavoro e non nelle altre, fu facile stabilire che l'eczema veniva prodotto dalla sostanza stessa del pomodoro. Infatti i frutti prima della pelatura non venivano sottoposti ad altro trattamento che a un passaggio in acqua bollente, per una prima sommaria pulitura.

Era interessante conoscere esattamente la composizione chimica del frutto del pomodoro. Su questo argomento esiste un'estesa letteratura antica e recente, dalla quale riporto quel tanto che occorre per il mio scopo d'indole medica.

Ecco un'analisi completa di N. Passerini:

Su 100 parti di pomodoro si hanno in peso: buccia: 1,3; polpa: 96,2; semi: 2,5.

Analisi della buccia.

	Allo stato normale	Seccato a 105°
Acqua	59.5045	—
Sostanze solide	40.1701	99.1965
Organiche, volatili e ceneri	0.3254	0.8035
Idrocarbonate e grasse . .	39.3016	97.0518
Sostanze azotate	0.8685	1.8494

Analisi della polpa.

	Allo stato normale	Seccato a 105°
Acqua	93.6488	—
Sostanze solide	5.6884	89.5641
Organiche, volatili e ceneri	0.6628	10.4359
Sostanze azotate	0.9625	15.1546
Idrocarbonate e grasse	4.7259	74.4095

Analisi del succo filtrato.

	Allo stato normale	Seccato a 105°
Acqua	97.5632	—
Sostanze solide	1.8160	74.5239
Organiche, volatili e ceneri	0.6208	25.4760
Sostanze azotate	•.5312	21.7998
Idrocarbonate, acidi	1.2848	52.7241

Analisi dei semi.

	Allo stato normale	Seccato a 105°
Acqua	40.3036	—
Sostanze solide	—	—
Organiche e volatili	51.311•	95.5576
Ceneri	2.5854	4.4423
Sostanze azotate	13.6369	25.3963
Idrocarbonati e grassi	37.6751	70.1516

Un'altra analisi del Passerini riguardante la polpa e il succo dà i seguenti componenti:

	Allo stato normale	Seccato a 105°
Acqua	91.0125	—
Glucosio	3.7330	41.5355
Acido citrico	0.8149	9.0670
Sostanze azotate	1.0319	11.4815
Sostanze grasse e coloranti	0.6310	7.0209
Cellulose	1.6366	18.1429
Cenere	1.4161	12.7522

Nelle varie osservazioni il Passerini riferisce di aver trovato sempre un'acidità totale oscillante secondo il diverso grado di maturazione del frutto tra: 2.170 e 1.277 su 100 cmc. di succo filtrato.

Un'analisi più recente di Gigli e Briosi dà presso a poco gli stessi risultati che sono i seguenti:

Su 100 parti in peso: buccia umida: 3.7; semi umidi: 10; polpa: 85.4.

Polpa: principi solubili.

Acqua	81.399
Sostanze riducenti il liquido di Fehling	1.618
Levulosio	1.144
Acido citrico	0.434
Materia proteica	0.075
Azoto proteico	0.012
Azoto ammidico	0.019
Azoto ammidoacido	0.034
Cenere	0.294

Polpa: principi insolubili.

Azoto	0.036
Materia proteica	0.226
Pigmento	0.191
Cellulosa	0.311
Cenere	0.072

Come si vede da queste analisi, sostanze contenute nel frutto del pomodoro che provocando uno stato irritativo producano le malattie, non possono essere che quelle acide e, tra queste, quasi unicamente l'acido citrico. Le altre, per quanto si sappia, nè a freddo nè a caldo potrebbero produrre irritazione alcuna. La quantità dell'acido citrico contenuto nella polpa e nel frutto, varia alquanto a seconda delle diverse varietà di pomodoro e a seconda del grado di maturazione del frutto. Determinate queste variazioni, sono risultate tali da dover essere riguardate di poca importanza. L'acido citrico si trova in proporzione maggiore nei frutti semimaturi e acerbi; minore in quelli ben maturati, ma oscilla sempre entro limiti ristretti.

Ulteriori studi però, e tra questi quello importantissimo del Borntraeger: « Degli acidi organici, specie del citrico e del loro stato di combinazione » hanno mostrato nel pomodoro, oltre l'acido citrico, anche l'acido malico che contribuisce a dare l'acidità totale. Le conclusioni alle quali giunge il Borntraeger sono: che tutti i pomodori esaminati, di tutte le varietà, contengono acido citrico e malico più che in tracce; che non si trova mai nè acido ossalico, nè succinico, nè tartarico, nè racemico, nè lattico; la varietà col succo più acido a maturazione completa è il Pizzutello, la meno acida il Sanmarzano.

Ora sorge la domanda: possono questi acidi contenuti in proporzioni così minime produrre, sulla cute, uno stato irritativo? Per via di esclusione, intanto, dobbiamo rispondere che sì; se si pensa poi alla continuità del lavoro che dura ininterrottamente quasi dieci ore al giorno, e che le sostanze agiscono a caldo perchè il pomodoro è ancora tiepido per la prima lavatura, la risposta non è più dubbia.

Potere neutralizzare, quindi, queste sostanze acide vuol dire eliminare certamente l'agente eziologico della malattia. Per molte ragioni d'indole pratica si comprende bene come sia impossibile neutralizzare l'acidità della polpa e del frutto del pomodoro prima che essi vengano a contatto con le mani; proprio l'acidità è quella che conferisce il sapore caratteristico gradevole al frutto, e, per di più, è essa che ne permette la conservazione facile.

È necessario quindi neutralizzare quanto meglio è possibile l'acidità dei residui che rimangono attaccati alle mani, nelle pieghe e nei solchi.

Per neutralizzare questa acidità occorre naturalmente un alcali, che deve essere in una soluzione tale da non recare, poi, per proprio conto lesioni cutanee quali quelle che rinvengono, per esempio, nelle lavandaie.

Ho pensato quindi di far porre vicino ai banchi ove le operaie lavorano delle grandi vasche

con soluzione di idrato di sodio all'1%. Quanto più spesso è possibile le operaie senza interrompere del tutto il lavoro, immergono le mani in questa soluzione, avendo cura specialmente di asportare i detriti del frutto, rimasti nelle pieghe e nei solchi delle mani. Accanto a queste vasche col bagno alcalino, deve trovarsi acqua corrente per risciacquare le mani e togliere ogni traccia di alcalinità che, alla lunga, potrebbe irritare la cute od anche in minima parte alterare il prodotto industriale. I lavaggi vanno poi ripetuti ancora più accuratamente a mezzogiorno e alla sera quando le operaie lasciano il lavoro.

Con questo semplicissimo ed economico espediente, si può arrivare ad eliminare completamente una forma morbosa che se non è assai grave in se stessa, è per lo meno assai fastidiosa e inceppa il normale andamento di una importante industria.

LIBRI CONSULTATI.

PIERACCINI. *Patologia del lavoro e terapia.*
MONTESANO. *Le dermatiti dei lavoratori.*
RANELLETTI. *Concorsi a premi per studi inerenti le assicurazioni sociali.* Vol. I.
DEVOTO. *Patologia e clinica del lavoro.*
SANARELLI e TRAMBUSTI. *Igiene del lavoro.*
PASSERINI. *Composizione chimica delle foglie degli steli e del frutto del pomodoro.*
BRIOSI e GIGLI. *Sulla composizione chimica e struttura anatomica del frutto del pomodoro.*
PASSERINI. *Sulla composizione chimica del frutto del pomodoro.*
BORNTRAEGER. *Degli acidi organici, specie del citrico nel pomodoro e del loro stato di combinazione.*
LESSER. *Malattie cutanee.*

QUESTIONI DEL GIORNO

La vecchiaia si può ritardare?

(NICOLA PENDE. *Rivista Ospedaliera*, n. 2, 1927).

La teoria e la pratica del ringiovanimento, portate sulla ribalta del gran pubblico con le esperienze di Voronoff e di Steinach, basate su una riattivazione sessuale e tonizzazione neuropsichiche transitorie, sono ormai crollate per la loro errata base fisiologica. Il problema della difesa della vecchiaia oggi può impostarsi in modo veramente scientifico e con maggiori probabilità di successo con lo studio dei temperamenti endocrinici individuali, cioè delle individualità umane dotate di speciali atteggiamenti funzionali di certe ghiandole endocrine, e con la nozione dell'influenza che queste ghiandole esercitano sulla vitalità dei tessuti.

Il Pende afferma che i fenomeni dell'invecchiamento non sono determinati dalla insufficienza di certe glandole a secrezione interna, ma sono regolati da alcune glandole endocrine che decidono dell'epoca più precoce o più tardiva della comparsa di fenomeni senili degli altri organi, e decidono della forma e sede diversa che assumono i fenomeni di invecchiamento nei vari individui. Secondo gli studi suoi e di altri endocrinologi le ghiandole che condizionano l'involuzione senile sono, per ordine di importanza, l'ipofisi, la ghiandola genitale, la tiroide, la surrenale, e ciascuna per sè è responsabile di un gruppo di fenomeni preannunciatori dell'invecchiamento: l'ingrassamento genitale verso i 40 anni, le adiposità circoscritte, le rugosità, la decadenza genitale, la tendenza alla sclerosi e alle distrofie della cute, l'indurimento fibroso degli organi con atrofia del tessuto elastico e del tessuto parenchimale differenziato, l'ipertensione arteriosa e la tendenza alla arteriosclerosi: fenomeni questi che denunciano da un lato insufficienza della ipofisi, tiroide, ghiandole genitali, dall'altro un eccesso di secrezione della ghiandola surrenale.

Ora è possibile, secondo il Pende, che stimolando in tempo giusto le ghiandole attivatrici della vitalità dei tessuti, ipofisi, tiroide, glandola genitale, vere ghiandole di giovinezza, con una cura periodica di attivazione, fatta a tempo opportuno, e cioè fra i 35-40 anni, si riesca a prolungare di molti anni lo stato di equilibrio funzionale e di produttività caratteristico dell'età forte, stabile e feconda della vita, ritardando la decadenza funzionale preannunciatrice della vecchiaia.

Questa ardita, armonica, logica concezione del determinismo endocrino della senescenza, enunciata con l'appoggio di una vasta mèsse di osservazioni da uno dei più colti ed autorevoli endocrinologi viventi, non mancherà di suscitare vivissimo interesse nel mondo degli studiosi e delle persone colte.

A. P.

☛ *Importante pubblicazione:*

Prof. Dott. ALFREDO D'AVACK
Libero Docente di Patologia Speciale Chirurgica nella R. Università di Roma.

Terapia Generale Chirurgica Ortotetica e Paratetica.

Un volume in-8° di pagg. XII-407, nitidamente stampato su ottima carta, con 62 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **50** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **46,75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La diagnosi sperimentale dell'encefalite epidemica.

(J. DECHAUME. *Journal de Médecine de Lyon*, marzo 1927).

L'estensione ogni giorno sempre più grande del dominio della malattia di von Economo fa sì che oggi si ponga frequentemente la diagnosi clinica di encefalite epidemica in condizioni che possono essere o sembrare azzardate. In mancanza del solo criterio indiscutibile, il criterio batteriologico, è l'esame istopatologico che può confermare la esattezza della diagnosi; ma anche in questo campo l'assenza di lesioni specifiche rende necessario un esame minuto, che talora non elimina tutti i dubbi. È possibile una diagnosi sperimentale dell'encefalite epidemica?

L'esame dei risultati ottenuti dai vari autori nello studio sperimentale dell'encefalite epidemica e l'esame dei risultati ottenuti in un caso di osservazione dell'A. dimostrano che l'inoculazione intracranica al coniglio di sostanza nervosa di soggetti morti di encefalite epidemica produce una sindrome clinica e delle lesioni istologiche di encefalite sperimentale. Il coniglio inoculato ha un periodo di incubazione di circa 8 giorni, durante il quale, se si eccettua la febbre, non presenta alcun disturbo. I sintomi morbosi si osservano solo qualche ora prima della morte e consistono in segni di uno stato di irritazione meningea, con scosse epilettiformi, a cui segue uno stato di torpore con scosse miocloniche, un profondo sonno e la morte. Ogni segno clinico può mancare, ma anche in questi casi l'esame istologico dimostra delle lesioni sufficientemente intense per eliminare ogni discussione.

Nei casi terminati con la morte dell'animale, le lesioni sono molto intense. Si osserva:

1) una infiltrazione meningea di elementi numerosi, in massima parte linfociti;

2) dei manicotti perivascolari estremamente abbondanti, costituiti quasi esclusivamente da linfociti e distribuiti sopra tutto attorno ai vasi un po' voluminosi;

3) una infiltrazione della sostanza grigia e bianca per opera di elementi cellulari di diverso ordine (elementi della serie gliale, polinucleari con granulazioni fortemente eosinofile);

4) lesioni degli elementi nervosi. Sono queste le alterazioni più importanti e le sole indiscutibili. Esse non mancano anche quando i segni clinici fanno difetto. Alcune cellule sono ipercromatiche, altre presentano una cromatolisi nettissima con spostamento del nucleo. Si osservano anche, specie nei casi mortali, cellule vacuolizzate e modificazioni della cromatina e del nucleolo del nucleo, alterazioni queste simili a quelle segnalate nell'encefalite umana.

Nei casi non terminati con la morte, le lesioni sono più discrete, mancano l'infiltrazione meningea ed i manicotti perivascolari; non mancano mai però le lesioni delle cellule nervose, con i caratteri già descritti.

Riguardo alla localizzazione, le lesioni, molto diffuse nei casi mortali, sono in genere più intense nelle regioni dell'acquedotto di Silvio, nel cervello medio, nel talamo.

Il complesso delle lesioni istologiche descritte permette di porre su basi solide la diagnosi sperimentale della encefalite epidemica. Tale diagnosi dà agli argomenti clinici una base istopatologica sulla discussione dell'origine encefalitica di certe sindromi e lascia intravedere la possibilità di una diagnosi sperimentale in vivo dell'encefalite epidemica, per mezzo della inoculazione del liquido cefalo-rachidiano.

TOSCANO.

L'adamantinoma pituitario.

(M. CRITCHLEY e R. N. JRONSIDE. *Brain*, vol. 49, p. 4ª, dic. 1926).

È un tumore epiteliale che nasce nelle vicinanze dell'infundibulo e si origina dalle porzioni non obliterate del dotto fetale cranio-faringeo.

Il suo aspetto istologico è simile a quello dei tumori adamantini della mascella, e da ciò il nome che gli è stato dato.

Premesse brevi considerazioni sui casi fino ad ora apparsi nella letteratura, e descritto lo sviluppo embriologico del corpo pituitario,

Gli AA. descrivono 7 casi caduti sotto la loro osservazione.

La consistenza, la struttura e l'aspetto macroscopico del tumore, come pure l'accrescimento e il grado di malignità sono variabilissimi, mentre invece sono pressochè costanti la grandezza e la posizione. Possono infatti esser grossi come arancie, ma in genere non sono più grandi di una noce avellana. La forma è sferica od ovoidale. Le relazioni anatomiche con gli organi vicini variano a seconda del punto di origine.

La sezione del tumore mostra la presenza di numerose cisti di varia grandezza, legate da uno stroma di natura diversa. Raramente si tratta di una cisti unica. Nell'interno della cisti si ritrova un materiale colloideo di colore bruno o verde, oppure un liquido oleiforme contenente cristalli di colesterina. La porzione solida del tumore è di consistenza mista, variabile anche nelle differenti

porzioni dello stesso esemplare. In alcuni punti si riscontrano anche processi di ossificazione e di calcificazione. Parallelamente si ha una diversità grande nella struttura istologica, la quale essenzialmente consta di elementi epiteliali, tessuto connettivo stromale e tessuto gliale reattivo, variamente disposti e sviluppati.

Clinicamente si ritrovano, oltre ai sintomi proprî dei tumori cerebrali, sintomi dovuti alla speciale struttura chimica e fisica, e sintomi dovuti alla localizzazione soprapituitaria della neoformazione.

Tra i primi sono da annoverare quelli a carattere radiologico, vale a dire le ombre opache al disopra o dentro la sella, causate dai fatti di calcificazione ed ossificazione. Vi rientrano anche i sintomi tossici pre- e post-operatori, da attribuirsi alla liberazione di speciali veleni chimici metabolici dall'interno del tumore. Tra i secondi sono descritti frequentemente gli stati di infantilismo, talora associato ad adiposità e ad alterazione macroscopica dei genitali. Non si osservano però mai nell'adamantinoma l'acromegalia e il gigantismo, nè la glicosuria. Frequenti invece la sonnolenza e la tendenza al letargo, all'ottusità mentale, alla perdita di memoria.

In rapporto poi alla posizione del tumore, le alterazioni visive per compressione del tratto ottico sono precoci e marcate, ed in forma di emia nopsia bitemporale, o di emianopsia omonima, o di difetti nel campo, o di scotoma paracentrale.

L'età in cui di preferenza si manifesta l'adamantinoma è quello della pubertà e della prima adolescenza.

La diagnosi è basata sui disturbi endocrini, sui fenomeni da compressione del chiasma, e sugli aspetti radiologici tipici della sella turcica alterata e delle masse opache del tumore.

L'operazione è possibile nella maggior parte dei casi, ma i resultati non ne sono buoni, e i pazienti soccombono a scadenza più o meno lunga.

M. FABERI.

Le forme evolutive della malattia di Recklinghausen.

(E. SCHULMANN et E. TERRIS, *Revue Neurologique*, febbraio 1927).

Lo studio clinico della malattia di Recklinghausen, considerato nei suoi dettagli, rivela dei fatti assai disparati, in quanto i tre segni capitali della sindrome (tumori sottocutanei e nervosi, pigmentazione della pelle, stato di degenerazione psichica e qualche volta somatica) per il modo con cui appaiono, si sovrappongono e predominano l'uno sugli altri, danno luogo a quadri sintomatici assai differenti.

Accanto alle forme classiche, ad evoluzione lenta, insensibilmente progressiva, esistono delle forme ad evoluzione meno monotona. Alcuni ammalati, affetti da tempo da neurofibromatosi, vedono d'un tratto, sotto l'influenza di cause note o solo supposte, aggravarsi la loro malattia; questa recrudescenza è però passeggera e può ripetersi in forma di vere *poussées* evolutive, che meritano la denominazione di *manifestazioni subacute*. In altri casi, più eccezionali, si tratta di *forme acute*. Infine sono classiche le *forme maligne*, nelle quali i tumori subiscono una trasformazione istologica abitualmente sarcomatosa.

Nelle forme subacute le manifestazioni evolutive possono limitarsi solamente alla comparsa di un certo numero di neurofibromi, ma può anche modificarsi la pigmentazione cutanea nel senso di una ipercolorazione e di un'estensione delle zone iperpigmentate. Possono presentarsi altri sintomi, che conferiscono talora alla sindrome l'aspetto di una malattia infettiva, variando però nei singoli casi senza norma alcuna. Tutti questi fenomeni sono passeggeri e possono, intercalati da periodi di arresto, presentarsi più volte.

Quali le cause di queste recrudescenze della malattia di Recklinghausen? È difficile stabilirlo. L'influenza delle malattie intercorrenti può essere considerata trascurabile; i tentativi di inoculazione dei tumori agli animali non hanno dato alcun risultato; le intossicazioni non hanno alcuna importanza. Molto importante appare invece l'influenza dei traumatismi. A questo riguardo, gli AA. riportano due osservazioni, una delle quali riferentesi ad un cocchiere di 39 anni nel quale una acutizzazione del processo di neurofibromatosi intervenne 3 settimane dopo un accidente di vettura: essendo stato calpestato dal cavallo, cinque nuovi fibromi comparvero nelle regioni contuse. La seconda osservazione riguardava una donna di 30 anni, affetta da neurofibromatosi congenita con macchie pigmentarie diffuse, nella quale, dopo un intervento operatorio (salpingectomia destra ed appendicectomia), il numero dei tumori aumentò e le macchie pigmentarie del fianco destro e della parete anteriore del torace si fecero più ipercromiche.

La gravidanza è stata ugualmente invocata come causa di aggravamento temporaneo della neurofibromatosi; più che per influenza traumatica essa però deve agire per le modificazioni endocrine che provoca nell'organismo. Le modificazioni secretorie endocrine hanno probabilmente una grande importanza, ma i fatti a tale riguardo osservati sono ancora oscuri ed imprecisi.

Le forme acute sono caratterizzate dalla esten-

sione improvvisa e rapida che assume il processo morboso, che in qualche mese porta ad uno stato cachettico rapidamente mortale. È forma estremamente rara. Lo studio istologico, fatto da Sabrazès e Dubourg, non ha dimostrato particolarità molto nette rispetto alla forma comune. In questa forma grave della malattia di Recklinghausen mai si riscontra la modificazione maligna dei noduli. In altri casi invece la neurofibromatosi non resta pura, ma si modifica per un processo di trasformazione sarcomatosa. Cestan, che ha molto bene studiato questa modalità di evoluzione della malattia, distingue una forma primitiva ed una secondaria. La forma primitiva è molto discussa; il tipo che abitualmente si riscontra e che risponde veramente ad una trasformazione sarcomatosa è la forma secondaria. Secondo Lapeyre e Marcel Labbé la trasformazione sarcomatosa sarebbe dovuta spesso a debolezza congenita del sistema nervoso che predispone gli individui affetti da neurofibromatosi alla produzione ed alla generalizzazione dei tumori. Più spesso però la malignità è provocata da un intervento su di un nodulo: lo choc operatorio precipita il processo o verso una *poussée* evolutiva, come si è già visto, o verso la sarcomatosi.

Sulle cause della sindrome di Recklinghausen non esistono che nozioni molto teoriche. Sulla guida dei fatti osservati bisogna ammettere che cause multiple agiscono sulla sua evoluzione. Non potendo ammettere un'origine infettiva, in quanto tutti i tentativi di inoculazione dei tumori e di ricerca dei microbi sono rimasti senza risultato, si può pensare o all'influenza di alterazioni endocrine od a una disposizione teratologica generale per la quale elementi non differenziati, esistenti nella guaina di Schwan, sotto l'influenza di traumatismi, di infezioni, della eredità ecc., evolvono verso la periferia del nervo, disgregano la membrana esterna della guaina che li separa dal tessuto mesodermico e progrediscono nel derma, cosicchè la malattia di Recklinghausen, primitivamente malattia del tessuto nervoso, si generalizza al tessuto connettivo, ciò che spiega le alterazioni funzionali e le lesioni tegumentarie accessorie. TOSCANO.

ORGANI DIGERENTI.

Rettopessia posteriore secondo Kümmel nel prolasso del grosso intestino.

(KUSMIN. *Bruns Beiträge z. Klin. Ch.*, Bd. 136, H. 3, 1926).

Il prolasso del grosso intestino è più frequente nei bambini e nei vecchi e specialmente nelle donne. Borchardt l'ha osservato nel 70 % in bambini e Frank nel 40 % in donne.

La patogenesi non è ancora chiara. Il prolasso si inizia nella parte bassa del retto e poi si estende alle parti superiori. Cruveilhier ed altri ammettono che in seguito a distensione del pavimento pelvico avviene il prolasso dell'ano che è seguito dalla parete intestinale e quindi dal prolasso del grosso intestino. Col progredire del prolasso avviene anche l'abbassamento dello spazio vescico-rettale. Verneuil e Jeannel invece pongono la causa patogenetica in un rilasciamento ed un allungamento del mesoretto. Anche lo stato dello sfintere può influire ma in pratica si sa che nelle amputazioni del retto, poichè si ha un meso corto, il prolasso non si verifica.

Secondo Jeannel avrebbero grande importanza i processi infiammatori con le alterazioni circolatorie specialmente nel mesoretto.

Napalkoff crede che il prolasso sia il risultato di una rottura perineo rettale per cui si forma un'ernia e con essa un allungamento del meso colon pelvico. Questa idea è stata convalidata dall'esperimento nel cadavere mediante l'impiego d'una pressione endo-addominale di due atmosfere. A queste ragioni patogenetiche si devono aggiungere i vizi per malformazione congenita dei legamenti, fascie, muscoli, ecc.

I metodi operativi si possono così raggruppare: operazioni con le quali si asporta l'intestino prolassato *in toto* (Mikulicz, Weinlechner), oppure solo la mucosa formando con la sutura della muscolare una specie di fascio muscolare (Rehn-Delorme). L'operazione di Mikulicz è grave e dà una mortalità del 10 %; essa può essere indicata in casi avanzati e nei quali altri metodi sono riusciti negativi. Weinlechner fa avvenire l'amputazione del prolasso mediante lo strangolamento con un laccio di gomma cui segue la necrosi del pezzo. Bakes su 9 casi con questa operazione ha osservato 2 morti.

Per il metodo di Rehn-Delorme, Hesse ha visto che su circa 30 casi si ha un caso di morte. I risultati erano in una parte buoni ma in altra si avevano delle recidive per cui Hesse ha abbandonato il metodo. Inoltre esso non è applicabile nei casi nei quali esiste una infiammazione o ulcerazione della mucosa, dà una forte emorragia e non è tecnicamente facile.

Altri metodi operativi tendono a fissare l'intestino al suo posto nel bacino, sia con operazioni sul pavimento pelvico sia con fissazione dell'intestino. Tra queste sono i metodi di colopenia secondo Jeannel, Eiselsberg, o di vescicoventrofissazione secondo Bardenhener, Witzel. Nel 1917 Kümmel espose il suo metodo di colopessia posteriore per cui l'intestino per mezzo del legamento longitudinale anteriore viene fissato al promontorio e cioè nel punto in cui è normal-

mente posto. Dal 1917 al 1922 egli ha operato 12 malati con buon risultato. Dal 1923 nella Clinica di Leningrado diretta da Hesse hanno usato questo metodo di Kümmel alquanto modificato. L'infermo in narcosi generale viene posto in posizione di Trendelenburg; taglio soprapubico mediano o trasversale. Tutto il colon si ritrae in alto, il retto viene stirato quanto più è possibile. Sui due lati del retto si fa una incisione della sierosa di 3-4 cm. e viene preparato il legamento longitudinale anteriore. La sierosa e la muscolare dell'intestino vengono con 2-3 punti per parte suturate al legamento in modo che la sutura nell'intestino corrisponda verso il meso retto. Vengono suturati i due tagli del peritoneo posteriore.

Hanno praticato l'operazione di Kümmel in 8 casi senza alcuna complicazione e con risultato buono. In un caso osservarono recidiva e ciò per un difetto di tecnica per cui l'intestino fissato al legamento longitudinale e al promontorio si era distaccato. Fu rifatta la sutura e si ebbe ancora una nuova recidiva che scomparve dopo un trapianto di fascia secondo Brunn.

Un altro caso operato poco prima della compilazione della comunicazione ha dato risultato buono dopo 2 mesi. Così che su 10 casi operati col metodo di Kümmel si è avuto un solo caso di recidiva.

R. BRANCATI.

Contributo alla conoscenza del volvolo della flessura sigmoidea specie della forma cronica, e tecnica della resezione colica.

(B. FERNSTRÖM. *Acta Chir. Scand.*, vol. LXI, fasc. II-III).

Nella Clinica chirurgica di Stoccolma l'A. ha studiato dal 1917 al 1925 12 casi di volvolo del sigma che divide in 3 classi: *a*) casi acuti, con sintomi caratteristici, *b*) casi ricorrenti, con attacchi di breve durata e sintomi meno caratteristici; *c*) casi cronici con andamento atipico. Le ultime due classi costituiscono i casi cronici.

Piuttosto che alla lunghezza del sigma o del suo meso l'A. crede, secondo la teoria di Heller, che il volvolo del sigma si produca quasi sempre in individui che presentano un megasigma congenito. Si tratterebbe di forme attenuate di malattia di Hirschsprung, che non darebbero segni clinici nell'età infantile, ma si manifesterebbero prevalentemente nell'età adulta col volvolo. L'A. del resto non crede neppure che il volvolo del sigma, specie nella sua forma frusta, sia così poco frequente al disotto dei 30 anni come apparirebbe dalla maggior parte delle statistiche. Nella patogenesi del volvolo grande importanza viene anche attribuita alla larghezza maggiore o minore del mesocosigma, alla sua forma ad angolo più o meno stretto che può essere congenita o dovuta a processi di mesosigmoidite. Secondo Laurell si stabilisce una specie di circolo vizioso per il quale disturbi circolatori del meso causati da passeggere torsioni del sigma causano una mesosigmoidite che poi a sua volta è causa del volvolo.

Nel determinare un attacco, lo strozzamento dell'ansa ha maggiore importanza del grado di torsione. Si può osservare un lume intestinale pervio con una torsione di 360° mentre con una torsione di 180° si può avere una occlusione completa.

È ben noto il quadro anatomo-patologico delle torsioni acute. Nelle forme croniche si rinviene un sigma con pareti ipertrofiche e all'esame microscopico si vedono nelle tonache i segni di una flogosi cronica. Il meso è generalmente raccorciato per processi di mesosigmoidite e mostra segni di linfangite e perilinfangite cronica e periflebite.

Il volvolo del sigma è specialmente frequente in Russia e nell'Europa orientale. Sopratutto dopo il 20° anno di età si riscontra con molto maggiore frequenza nel sesso maschile che nel femminile (Edgren 80/20). Siccome le condizioni predisponenti sono altrettanto frequenti nell'uomo come nella donna, questo fatto viene da Laurell attribuito alla maggiore rilasciatezza delle pareti addominali delle donne, che permette e facilita una spontanea riduzione, non appena un volvolo si sia formato.

L'A. crede che un attacco grave sia sempre preceduto per un periodo molto lungo di tempo da attacchi lievi che passarono inosservati.

Nell'attacco acuto oltre i segni dell'occlusione intestinale si può vedere e palpare il sigma disteso, in diverse posizioni, essendo la sua sede variabile. Inoltre più frequentemente che in altre forme di occlusione intestinale si può mettere in evidenza un rumore di guazzamento. I sintomi della forma cronica sono vaghi e non ben definiti. Si hanno crisi dolorose nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, che si alleviano coll'emissione di gas dall'ano, c'è stipsi alternata con diarrea, si ha la presenza di una massa che provoca dolori colici di breve durata che poi scompare. L'A. crede che a lungo andare a questa forma cronica segue un attacco grave, acuto.

Il mezzo di esame migliore che possediamo è il radiologico, sia con clisma opaco, sia senza. Si può mettere così in evidenza un sigma dilatato. Nelle forme croniche si ottengono quadri radiologici, evidenti e caratteristici specialmente

se si esaminano i malati durante le crisi di dolori.

Un altro sintoma importante che talora si osserva sono le emorragie; il sangue può venire emesso misto con feci diarroiche, o puro.

Nei casi lievi che vengono esaminati in uno stadio precoce, è giustificato un trattamento consistente in iniezioni di atropina e clismi. Si può così ottenere una detorsione. Sono state proposte ed eseguite molte operazioni: detorsione, associata o no alla colopessi, operazioni plastiche sul mesosigma, esclusioni del sigma con anastomosi fatte in differenti sezioni del grosso intestino. Quando le condizioni del malato lo permettono, l'A. crede che l'operazione più indicata specie nei casi cronici sia la resezione del sigma che nella Clinica di Einar Key, dove l'A. è assistente, viene eseguita colla tecnica del Rissler di Stoccolma.

Questa consiste fondamentalmente in questo: che si inizia l'anastomosi fra i due monconi come se si dovesse, eseguire latero-lateralmente poi suturata la metà posteriore, si reseca la porzione che avanza dei monconi intestinali e si completa termino-terminalmente. Il vantaggio starebbe sopratutto nell'asepsi e l'esattezza, con la quale viene eseguita la sutura siero-sierosa posteriore che nelle anastomosi coliche termino-terminali rappresenta il punto debole. L'incisione laparotomica è obliqua, secondo le fibre del grande obliquo. Sette dei dodici pazienti dei quali l'A. riferisce le storie cliniche vennero operati con questa tecnica e sei guarirono. Uno morì di polmonite bilaterale. In tre degli operati oltre l'operazione riferita venne eseguita anche una cecostomia alla Witzel.

MANFREDO ASCOLI.

MEDICINA LEGALE.

La morte per paralisi cardiaca all'autopsia medico-legale.

(V. M. PALMIERI. *Riforma Med.*, n. 6, febbr. 1927).

La morte per paralisi cardiaca è molto frequente; spesso però all'autopsia non si riscontra un reperto anatomico apprezzabile.

Il Reuter in 1000 casi di morte per paralisi cardiaca ha trovato 520 volte una sclerosi delle coronarie; 200 casi presentavano stenosi o chiusura degli osti delle coronarie; in 140 v'erano vizi valvolari per endocardite; in 100 v'erano manifestazioni di arteriosclerosi.

In rapporto all'età, il massimo della mortalità si ha tra i 55 e 65 anni; è invece più frequente in giovane età, allorchè v'è presenza di lues.

Dalle sue ricerche, il Reuter pensa che la morte per paralisi non sia da attribuirsi a sforzi dell'organismo, ma principalmente alla sifilide ed alle intossicazioni voluttuarie (nicotina, alcool).

Il clima ha una grande importanza come fattore di paralisi cardiaca.

Dal punto di vista medico-legale, la causa della morte per paralisi cardiaca può considerarsi sotto tre forme: 1) allorchè la causa è evidente; 2) allorchè esisteva una manifesta malattia che poteva produrre la paralisi cardiaca, senza che vi sia un riscontro anatomico all'autopsia; 3) allorchè manca una malattia fondamentale, e la causa immediata della morte.

Del primo gruppo non è necessario occuparsi.

Il secondo gruppo si può suddividere in due sottogruppi: 1) se la malattia fondamentale era facilmente dimostrabile (endocardite subacuta, reumatica, nicotinica, miocardite cronica o luetica, sclerosi delle coronarie, dell'aorta ascendente ecc.); 2) se era difficilmente dimostrabile (scarse lesioni del cuore e dei vasi coronari).

Nel terzo gruppo si possono comprendere quei casi con note di: *a*) rachitismo; *b*) linfatismo; *c*) ipoplasia; *d*) ipertonia.

Nei *rachitici* con frequenza si trova all'autopsia un aumento del cuore in toto o prevalentemente a carico del ventricolo sinistro. Queste dilatazioni cardiache sono state variamente interpretate: squilibrio dei sali di potassio e calcio, infezioni secondarie.

Nei *linfatici* la morte per paralisi cardiaca è gia molto nota.

L'*ipoplasia* del sistema vasale arterioso produce facilmente ipertrofia del ventricolo sinistro, e quindi una condizione favorevole alla paralisi cardiaca.

Nell'*ipertonia*, se è legata ad una lesione renale, si riscontrano facilmente alterazioni nel rene; nelle altre ipertrofie cardiache si può spesso riscontrare qualche lesione delle coronarie.

Più difficile si presenta la diagnosi anatomica di una ipertrofia essenziale; invece nella ipertrofia cardiaca idiopatica facilmente si riscontrano note di degenerazione nel miocardio-miofibrosi.

Negli ipertonici la causa ultima della morte è dovuta ad una paralisi vasomotoria, difficile a diagnosticare all'autopsia.

Elemento importante è la condizione del cuore, se si presenta all'autopsia contratto o dilatato. Però pur non essendovi un accordo completo, se il cuore si ferma in sistole o in diastole, si sa che al tavolo anatomico il cuore non è lo stesso che al momento della morte. La rigidità cardiaca si inizia 30'-45' dopo la morte, e dura 12-48 ore; nei cuori invece con lesioni patologiche la rigidità si può presentare anche dopo 12-48 ore.

La morte improvvisa in seguito a trauma psi-

chico non presenta all'osservazione medico-legale alcuna lesione anatomica, quindi va affermata con prudenza.

Data l'importanza del responso medico-legale, eccetto i casi con chiare lesioni a carico dell'apparato cardio-vascolare, in tutti gli altri casi l'affermazione della morte per paralisi cardiaca va fatta con prudenza, ed avvalendosi oltre che dei reperti completi dell'autopsia, anche di quei fenomeni che precedettero immediatamente la morte.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

OURURGER e VELTER. *Thérapeutique Chirurgicale Ophtalmologique.* Masson, ed. Parigi, 1925.

E' un trattato di tecnica condotto con molta misura nei particolari e senso pratico nella scelta dei metodi descritti. Nel capitolo dell'anestesia gli AA. si sono estesi assai per quanto riguarda la anestesia locale e regionale il cui impiego si va sempre più diffondendo. Molto interesse destano i capitoli riguardanti le plastiche e gli innesti (autoplastiche congiuntivo-palpebrali, innesti orbitarii e intrasclerali). Di interesse anche per il chirurgo i capitoli sulle affezioni traumatiche che sono considerate sotto un punto di vista clinico e pratico e riescono di molta utilità didattica.

Molto nitide le numerose incisioni in nero e a colori.

V. GHIRON.

CANTONNET A. *L'ionisation de l'oeil.* Un vol. in 16° di 94 pag. N. Maloine ed. Parigi 1927. Prezzo frs. 10.

In terapia oculare l'ionizzazione è realizzata applicando sull'occhio chiuso una piastra-elettrodo imbevuta dell'elettrolita od un tubo-elettrodo studiato dall'A. I medicamenti principalmente usati sono lo joduro di sodio, il salicilato di sodio, il cloruro di calcio ed il solfato di zinco.

Dall'insieme di oltre 400 osservazioni che qui sono riassunte, risulta che si tratta di un procedimento terapeutico di efficacia non trascurabile per molte malattie oculari: scleriti, ectropion, fenomeni dolorosi, iriti, glaucoma, cataratta iniziale, ulceri corneali, ecc.

L'A. ne descrive la tecnica e le applicazioni che esigono indubbiamente non poca pazienza.

fil.

HERTEL. *Stillings pseudo-isochromatische Tafeln zur Prüfung des Farbensinnes. UVII. edizione,* Thieme, Lipsia, 1926.

La bontà e l'utilità di queste tavole destinate all'esame del senso cromatico si può desumere dalla rapidità con la quale si esauriscono le varie edizioni. La rara corrispondenza tra postulato teorico e applicazione pratica trova nell'opera dello Hertel una vera realizzazione, e perciò l'opera si raccomanda spontaneamente a chi di tali ricerche si interessi e si occupi.

E. M.

E. WÖLFFLIN. *Tafeln nit Umschlagfarben zum Nachweis von relativer Rot und Grünsichkeit.* Lipsia, Thieme, 1926.

Sono tavole speciali destinate a saggiare la capacità discriminativa per i colori rosso e verde. Gli specialisti della più delicata delle branche medico-chirurgiche potranno valersi utilmente di questi testi la cui sensibilità sembra superare quella comune media degli uomini fino a svelarne i loro deficit visivi più lievi.

E. M.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

LEZIONI.

Le vertigini.

(MIÉGEVILLE. *Bulletin Médical,* 1927, n. 9).

La vertigine è essenzialmente un errore di sensazione, un fenomeno di coscienza, per cui il malato crede che il suo corpo è animato da un movimento di rotazione o di ondulazione, o che gli oggetti girano intorno a lui.

La vertigine è l'effetto di una sofferenza dell'apparato neuro-vestibolare: segmento posteriore del labirinto, otoliti e canali semicircolari, nuclei vestibolari e loro connessioni bulbari, cerebellari, midollari, cerebrali.

Sopravviene a crisi più o meno ravvicinate e di durata variabile, presso a poco eguali in ciascun malato, e per lo più in occasione di cambiamenti di posizione del corpo o di spostamenti del capo. È accompagnata da disturbi diversi: vomito, nistagmo, pallore, angoscia. Può essere subiettiva ed obiettiva, a seconda che si ha la sensazione dello spostamento del proprio corpo o degli oggetti circostanti. Può essere rotatoria, oscillatoria, laterale, in avanti, indietro, dall'alto in basso. Può essere accompagnata da ronzii ed ipoacusia.

Può essere provocata sperimentalmente in un orecchio sano mediante l'eccitazione termica, rotatoria ed elettrica del labirinto.

La vertigine è il sintoma dominante e caratteristico delle lesioni dell'apparato vestibolare.

La vertigine auricolare può verificarsi nei processi infiammatori o suppurativi dell'orecchio medio. Si stabilisce a poco a poco e non indica sempre una vera labirintite, ma solo un'eccitazione a distanza dei canali membranosi e del nervo vestibolare, una reazione di vicinanza.

Tuttavia si può avere la labirintite per usura

dell'osso, per propagazione dell'infezione all'orecchio interno: labirintite sierosa o purulenta. Le labirintiti croniche a decorso molto lento possono aversi a distanza di tempo dal processo primitivo.

La vertigine può seguire ad antico trauma, in conseguenza di lesione dell'orecchio interno, della capsula ossea, dei condotti membranosi, dei vasi. Analoga a questa vertigine traumatica è quella di Menière, che è dovuta ad emorragia labirintica.

La vertigine è un sintoma frequente delle affezioni del cervelletto, ma è dubbio se essa dipenda proprio da lesione del detto organo. Sembra in effetti che anche in tali casi sia in rapporto a fatti vestibolari. Nei tumori la vertigine è l'indice d'un'azione a distanza sull'apparato vestibolare a causa dell'azione dell'ipertensione sul sacco endolinfatico. Nelle altre malattie del cervelletto, emorragie, rammollimenti, sclerosi a placche, morbo di Friedreich, ecc., la vertigine è dovuta a diffusione della lesione fino ai nuclei vestibolari.

V'è una serie di vertigini che sopravvengono in individui senz'alcuna lesione auricolare, suppurativa o traumatica, antica o recente, e sono accompagnate da una diminuzione progressiva dell'udito. Queste vertigini possono essere nevritiche con alterazioni delle vie vestibolari con ipoeccitabilità marcata dell'apparato vestibolare, o nevralgiche con prove vestibolari normali e con disturbi funzionali dell'apparato sensoriale periferico. Tali vertigini sono spesso causate dalla sifilide. Le vertigini da labirintiti o nevriti sifilitiche sono accompagnate da cefalea a tipo meningeo e da sordità.

Vi sono infezioni, come le parotiti, ed intossicazioni, come quelle da chinino, che possono provocare vere labirintiti e nevriti. Ma vi sono altre infezioni ed intossicazioni endogene (uremia, diabete) o esogene che possono provocare crisi vertiginose senza alcuna lesione dell'apparato neuro-vestibolare.

La così detta vertigine gastrica si associa spesso alla vertigine labirintica, che è messa in evidenza, accentuata o prolungata dai disordini dispeptici.

Il più delle volte la vertigine è l'espressione di disturbi circolatori. La vertigine degli ipertesi arteriosclerotici è accompagnata dai disordini abituali dell'ipertensione. E così la vertigine della menopausa si ha quando la disfunzione ovarica coesiste con l'ipertensione arteriosa. Le ipotensioni, le emorragie danno anche vertigini. Si tratterebbe in fin dei conti di disturbi simpatici: la congestione o l'ischemia provocano una rottura dell'equilibrio vaso-tonico del labirinto. Tale meccanismo si può applicare tanto alle vertigini da cause locali, come a quelle da cause generali (organiche, neuro-glandulari, endocrine, centrali).

La diagnosi della vertigine importa essenzialmente una diagnosi etiologica. In effetti dopo un breve interrogatorio del paziente o dei familiari è facile distinguere la vertigine dalle agorafobie, psicastenie, pseudovertigini ansiose, vertigini isteriche.

In ogni caso di vertigine s'impone l'esame dell'orecchio.

Un esame rapido consente di eliminare subito le lesioni del condotto uditivo, i tappi di cerume, le aderenze dell'orificio faringeo della tromba d'Eustachio.

Se si ha una lesione dell'orecchio medio, una otite acuta, una vecchia suppurazione, un'osteite, può trattarsi d'un'irritazione vestibolare da cattivo drenaggio. Ma il problema diventa più delicato quando si tratta di stabilire se c'è vera labirintite, se c'è solo una complicazione labirintica o una complicazione a distanza, ad es. cerebellare, reagente sul labirinto.

Per saggiare lo stato del labirinto conviene procedere ad un esame metodico.

Si esamina innanzi tutto la condizione dell'apparato cocleare, si misura la percezione aerea ed ossea.

Quindi si ricerca il nistagmo spontaneo, la sua direzione, le sue modalità, le sue modificazioni con la posizione del capo, con la compressione dei vasi del collo, i suoi rapporti con la deviazione degli arti.

Occorre fare l'esplorazione comparata del tono degli estensori degli arti. Si ricerca il segno di Romberg ai due lati del corpo, disteso o in piedi, con determinazione delle deviazioni statiche del capo, a occhi chiusi, sul piano dei tre gruppi di canali. La dissimetria depone per l'insufficienza funzionale del labirinto al lato nel quale si manifesta l'ipotonia degli estensori.

Il segno dell'indice o dell'indicazione consiste nel fare estendere in avanti le braccia del paziente ed invitarlo a congiungere le punte degli indici a occhi chiusi. La deviazione di una delle due braccia indica un'asimmetria tonica. Questo segno si riscontra nelle lesioni cerebellari ed anche delle vie cortico-ponto-cerebellari. Bisogna ricercarlo prima e dopo l'eccitazione labirintica, nelle diverse posizioni della testa.

Nell'andatura ad occhi chiusi l'ipotonia si rivela con un movimento obliquo circolare con concavità verso il lato ipotonico, nel cammino sia in avanti che indietro, dove la circonferenza è di raggio più corto. Nella prova di va e vieni successivi si ha un'andatura a zig-zag. L'individuo normale torna al suo punto di partenza, il malato finisce per camminare in direzione opposta a quella di partenza.

La prova pneumatica provoca un nistagmo verso l'orecchio esaminato, un riflesso d'irrita-

zione che indica lesioni del canale semicircolare orizzontale.

La prova rotatoria eccita fisiologicamente i canali orizzontali (testa diritta) ed i canali verticolaterali (testa inclinata in avanti a 90°). L'eccitabilità è normale, aumentata o diminuita, in rapporto a differenze della sensibilità ampollare o dell'eccitabilità cerebrale.

La prova calorica (irrigazione d'acqua fredda posta a contatto con il timpano) provoca dopo un certo tempo nistagmo orizzontale con scosse verso il lato opposto ad inclinazione con caduta verso il lato eccitato. Il freddo rompe l'equilibrio labirintico a spese del labirinto eccitato. Questa prova di Barany rivela se i riflessi oculari da eccitazione del labirinto sono normali, esagerati o diminuiti.

L'eccitazione elettrica bimastoidea o unilaterale (elettrode attivo mastoideo, indifferente frontale, o elettrode attivo retro-mastoideo indifferente zigomatico) fornisce indicazioni sull'iper- o ipoeccitabilità. Se l'individuo cade invariabilmente dallo stesso lato qualunque sia il senso della corrente, vuol dire che esiste una lesione labirintica.

Questi differenti esami consentono di distinguere alcuni tipi di vertigine.

La vertigine in individui affetti da otite con nistagmo spontaneo, irritazione diretta verso il lato malato, caduta dal lato opposto della lesione, variabile secondo la posizione del capo, è una vertigine da ipereccitabilità labirintica. L'inversione delle reazioni precedenti, nistagmo dal lato sano, caduta dal lato malato, depone per una vertigine da distruzione labirintica.

La vertigine dei cerebellari ha caratteri propri. Il nistagmo si ha al lato sano e varia d'intensità, la caduta avviene sempre dal medesimo lato qualunque sia la posizione della testa. L'irritazione provocata dell'orecchio sano determina solo una deviazione unilaterale, dal lato sano. I sintomi cerebellari propri, i segni infiammatori e d'ipertensione completano il quadro clinico.

All'infuori delle suppurazioni auricolari, delle labirintiti, degli ascessi cerebellari nell'anamnesi possono riscontrarsi antecedenti di traumi con fratture, commozioni e quindi emorragie labirintiche.

In mancanza di qualsiasi affezione dell'orecchio o di precedenti traumatici conviene pensare a tumori endocranici. Le deviazioni dell'indice hanno gran valore per le affezioni della fossa posteriore. Nelle lesioni cerebrali si ha qualche volta modificazione dei riflessi alle prove rotatoria e calorica.

La sclerosi a placche, la tabe, le affezioni bulbomidollari hanno sintomi troppo caratteristici perchè le vertigini che l'accompagnano non siano facilmente riconosciute.

In mancanza anche di affezioni nervose il malato stesso potrà mettere sulla via della diagnosi etiologica riferendo i suoi disturbi a precedenti infezioni generali, quali la parotite, la scarlattina, la tubercolosi, o un'intossicazione endogena o esogena: il diabete, l'uremia, il chinino, il tabacco.

Si ricercheranno i disturbi circolatori d'iperemia o anemia, i disordini gastrici.

La vertigine sifilitica ha scarsi caratteri patognomonici. Un quadro frequente è quello d'un sifilitico che perde improvvisamente l'udito e va soggetto a vertigini violente. All'esame si riscontra: labirinto ineccitabile, caduta dal lato malato, nistagmo nelle deviazioni estreme.

Ma oltre a tutte quelle accennate vi sono ancora vertigini la cui etiologia è completamente oscura.

Una volta stabilita la causa della vertigine si ricorrerà al trattamento adatto.

Si asporteranno i tappi di cerume, si ristabilirà la permeabilità del condotto uditivo; in caso di suppurazioni si farà una paracentesi, un'antrotomia, si apriranno le cellule mastoidee, si praticherà un'apertura petro-mastoidea; si farà una trapanazione labirintica, un'apertura della fossa cerebellare fino al sacco endolinfatico.

La vertigine nel corso d'un ascesso cerebellare impone l'intervento d'urgenza.

La vertigine dei traumatismi cranici richiede un trattamento sintomatico: essa è molto tenace.

Nella forma sifilitica si ricorrerà al trattamento specifico.

Le vertigini degli anemici, degli ipertesi, degli uremici, dei diabetici, dei gastropazienti si giovano della cura dell'affezione che le provoca.

La puntura lombare in certi casi d'ipertensione endocranica suole calmare le vertigini.

In tutti i casi nei quali non è possibile ricorrere al trattamento etiologico o questo rimane inefficace si somministrerà l'adrenalina per bocca: 20-40 goccie di soluzione al millesimo parecchie volte al giorno. Ed in caso d'insuccesso si somministrerà l'atropina a dosi progressive.

Nel momento dell'accesso si consiglierà: riposo assoluto in posizione variabile secondo i malati ed all'oscuro, dieta leggera, compresse fredde sul capo. Nei periodi interaccessionali si può anche suggerire: riposo, dieta vegetariana, bromuri, cloralio, oppio, luminal, estratti glandolari.

La maggior parte delle vertigini cessano dopo un periodo di tempo più o meno lungo. Ma vi sono alcune forme particolarmente persistenti e moleste che rendono la vita odiosa. In tali casi si può ricorrere alla distruzione di tutto il labirinto.

DR.

MEDICINA SOCIALE.

Gli effetti fisici e mentali della monotonia nell'industria moderna.

Alla sezione di Medicina Sociale della *British Medical Association* è stata discussa l'influenza del lavoro monotono sulle condizioni organiche e psichiche. Relatore è stato il dott. Hudson Davies del *National Institute of Industrial Psychology*. La monotonia del lavoro e la stanchezza da esso prodotte, egli ha detto, sono due aspetti del problema della felicità e della salute di centinaia di migliaia di lavoratori impiegati nell'industria moderna. La influenza della stanchezza sulla salute dell'operaio e sulla bontà del prodotto è stata ampiamente studiata, non così la influenza della uniformità del lavoro che pure per molti riguardi è uno dei fattori essenziali della stanchezza.

Ogni specie di lavoro dopo un certo tempo ingenera un senso di noia, un desiderio di non continuare, un bisogno di riposo. Il lavoro muscolare riduce la capacità ad ogni ulteriore attività, diminuisce la produttività, determina un accumulo nei tessuti di prodotti tossici, ed infine provoca incoordinazione nervosa. Il lavoro mentale non provoca effetti fisiologici così evidenti e dello stesso genere, tuttavia i risultati generali sulla quantità e l'accuratezza del prodotto sono analoghi a quelli conseguenti al lavoro muscolare.

Gli effetti della monotonia sono meno apprezzabili perchè in relazione a fattori subiettivi, tuttavia essi non hanno minore importanza sulla produttività e sulla salute degli operai. La monotonia comunque agisce in modo affatto differente dalla stanchezza. Si può essere stanchi, esauriti e non annoiati, e viceversa.

Dal punto di vista teorico la monotonia fu studiata da Munsterberg in America, che la definì il « disagio subiettivo dell'uniformità ». Egli mise in evidenza come nel lavoro uniformemente ripetuto l'operaio tende a difendersi dal senso di noia prestando attenzione alle minime differenze di ciascuna ripetizione del ciclo lavorativo. Nelle varie prove di laboratorio, nelle quali furono applicate a molti soggetti serie successive di stimoli simili e differenti, egli distinse individui nei quali ciascuna esperienza a serie uniformi facilita le reazioni successive, ed individui nei quali la uniformità induce uno stato d'inibizione sulle reazioni stesse. I primi rispondono con minore sforzo a ciascuno stimolo, nei secondi lo sforzo aumenta a misura che si va avanti nell'applicazione del medesimo stimolo. Da un'inchiesta fatta dallo stesso autore sul modo di comportarsi dei soggetti stessi durante il lavoro industriale monotono, risultò che quelli nei quali gli effetti inibitori erano più marcati, erano i meno adattabili al lavoro uniforme.

Myers considera la noia derivante dalla monotonia come il segnale del pericolo di esaurimento del sistema nervoso centrale. Nell'organismo vi sono limiti di potenzialità materiale (riserve alimentari, equilibrio tra acidi ed alcali, ecc.) che non possono essere forzati senza provocare disturbi di esaurimento. Il momento nel quale questi limiti sono superati è avvertito dalla coscienza con speciali sensazioni. Ma vi sono anche regolatori automatici che governano l'attività organica, vi sono impulsi che pur non raggiungendo la soglia della coscienza tendono a regolare, ed a contenere le singole funzioni entro i limiti delle possibilità fisiologiche. Quando un muscolo si contrae, impulsi speciali sono trasmessi a mezzo di vie centripete ai centri nervosi, che tendono ad arrestare gli ulteriori impulsi alla contrazione. Questo naturale mezzo di protezione è obiettivamente dimostrato dal tracciato delle contrazioni volontarie che diventano sempre più piccole fino a ridursi a zero, quantunque la contrattilità del muscolo rimanga inalterata e l'apparato neuromuscolare sia sempre efficiente. Perciò l'inibizione è di origine puramente centrale.

Qualche cosa di analogo avviene per il lavoro mentale, anche qui c'è un processo protettivo che tende ad eliminare i danni dell'uniformità. C'è una competizione continua nei riguardi dell'attenzione; i processi mentali s'iniziano e cessano, per lo più involontariamente, anche quando ci si sforzi di fare la selezione. Quando un processo occupa la nostra attenzione gli altri sono tutti inibiti. L'equilibrio però è sempre instabile, e presto o tardi ogni processo cede il posto ad un altro. Quando il lavoro mentale è monotono, la competizione di altri processi è sempre più aggressiva, le distrazioni a lungo andare diventano sempre più frequenti, la coscienza è invasa da processi mentali affatto estranei al lavoro. Questa condizione rende la continuazione del lavoro mentale presso che impossibile e protegge così i centri nervosi dall'esaurimento.

L'interesse al perfetto compimento del lavoro ritarda la distrazione e l'esaurimento, perchè introduce di tanto in tanto nuovi processi nel campo della coscienza.

L'industria moderna con la divisione e la specializzazione del lavoro ha reso quest'ultimo uniforme e monotono e nello stesso tempo ha annullato ogni interesse da parte dell'operaio. Solo quando c'è possibilità di nuove discriminazioni e di nuove reazioni si può attendere con piacere alla ripetizione del lavoro. Quando il calzolaio

attendeva al suo lavoro non solo compiva atti diversi in relazione alle varie fasi del lavoro, ma poneva grande interesse perchè la sua opera riescisse perfetta; nel prodotto del suo lavoro c'era una storia, una successione di azioni e fatti diversi, un elemento personale che rendeva la sua occupazione varia ed interessante. Nei moderni calzaturifici l'occupazione degli operai consiste nella ripetizione monotona del medesimo lavoro, cui si attende senza interesse perchè non si dà alcun contributo personale attivo, ed anche quando questo c'è, è minimo.

Al riguardo bisogna guardarsi dalle generalizzazioni. Quantunque il lavoro uniforme e continuamente ripetuto provochi nella grande maggioranza degli operai gli effetti della monotonia più che il lavoro variato ed interrotto, vi sono individui che non risentono alcun danno dal lavoro di questa specie, come vi sono individui che attendono meglio al lavoro uniforme. La monotonia è una reazione individuale, non un carattere intrinseco del lavoro, ed è naturale che questa reazione sia differente per qualità e quantità nei varii soggetti, e che oltre che dalla costituzione individuale dipenda dalle condizioni ambientali e dal tipo razziale.

La teoria della monotonia come sintoma d'avvertimento di esaurimento del sistema nervoso centrale, conseguente allo sforzo di mantenere un determinato processo mentale trova la sua applicazione in ogni genere di lavoro industriale, che richiede la persistenza di determinate attitudini mentali. L'operaio che attende quotidianamente allo stesso meccanismo o costretto continuamente a contare, dopo qualche tempo riesce a fare queste operazioni con un *minimum* d'attenzione. Ma non è possibile che egli si concentri su altre cose senza detrimento del lavoro o senza incorrere in qualche pericolo, per cui v'è volontaria restrizione della libertà dei movimenti, necessità di mantenere un certo contegno ed inibizione degli impulsi normali. Se non ci sono motivi sufficienti perchè l'operaio persista in questo sforzo, presto o tardi compare quello stato di stanchezza che precede la monotonia.

Spesso riesce molto difficile decidere fino a qual punto la monotonia del lavoro è oppressiva. Al riguardo sono in giuoco anche elementi subiettivi: l'auto- e l'eterosuggestione possono influire a rendere un lavoro più o meno presto monotono. Il lavoro fatto mal volentieri perchè antipatico a chi lo deve eseguire, o perchè si svolge in condizioni ambientali poco favorevoli o poco confacenti all'indole dell'operaio riesce più facilmente monotono.

Gli effetti mentali del lavoro monotono variano da persona a persona. La ripetizione continua della medesima cosa induce ad una specie di fantasticheria. Non si tratta di un pensare logico che impegni seriamente la critica, perchè l'attenzione sia pure lievemente deve essere rivolta periodicamente o continuamente al lavoro, ma di una vaga e scolorita serie di associazioni che attraversano il campo della coscienza senza molto interessare.

Per i lavoratori più intelligenti e più colti gli effetti sono diversi. Fra le ragazze addette alla contabilità questa fantasticheria si tramuta in una specie di sogno, che a poco a poco le affascina. La incorrispondenza anzi il contrasto tra il sogno e la realtà fa apparire alla coscienza il lavoro ancora più monotono di quanto esso sia.

Quest'eccessiva fantasticheria può produrre effetti ancora più deplorevoli. Essa, sopra tutto quando il controllo centrale è indebolito dalla stanchezza, può giungere fino al punto da provocare un esaurimento dell'inibizione, cui segue la liberazione dall'incosciente di memorie represse e quindi lo sviluppo di sindromi neurotiche. Anche tra individui normali addetti a lavori monotoni vi sono segni di inadattabilità che danno lo spunto all'ulteriore sviluppo della neurosi: paura irragionevole di adoperare alcuni meccanismi, eccessiva preoccupazione della loro condizione economica, della propria salute, dell'opinione degli altri operai, credenza di essere insidiati, idee di colpa.

Anche quando tali sintomi non prendono consistenza fino ad assumere la forma di una genuina psiconevrosi il lavoro monotono provoca uno stato di disagio morale che si estrinseca con una tendenza al risentimento, al criticismo, all'irascibilità, al malumore, all'insocievolezza, al disinteresse per ogni cosa.

Gli effetti fisici della monotonia sono essenzialmente funzionali ed a carattere di difesa contro la continuazione del lavoro. Così il nistagmo dei minatori, che è un disturbo prettamente funzionale, può considerarsi come un mezzo d'incosciente autodifesa contro i disagi ed i pericoli delle gallerie.

Per ovviare a tali inconvenienti non c'è che la interruzione del lavoro per qualche minuto ed in pratica i lavoratori provvedono da sè stessi al riguardo. Anche se non è consentito dai regolamenti essi, quando il genere di lavoro lo consente, sospendono di tanto in tanto il lavoro. Una tale tendenza è più spiccata nelle ore del pomeriggio, cioè quando la monotonia fa risentire di più i suoi effetti.

In certe circostanze la curva del rendimento lavorativo dà una chiara dimostrazione dell'influenza della monotonia. Questa curva dimostra che il lavoro è più intenso e più perfetto alla

terza ora, per poi declinare progressivamente; la curva del pomeriggio dà aumento rapido fino alla prima ora per cadere poi rapidamente.

Le prove di laboratorio hanno confermato questi risultati specie per quegli individui per i quali la monotonia è particolarmente fastidiosa. Miss Burnett, in condizioni sperimentali molto analoghe a quelle industriali, trovò che le curve più basse sono date dagli individui intelligenti, e specie quando mancano le pause anche brevi di riposo.

Per ovviare a tutti questi inconvenienti occorrerebbe mettere in pratica tutti quegli espedienti atti a ridurre gli effetti della monotonia come ad esempio fare in modo che gli operai prendano interesse al proprio lavoro, concedere durante il giorno brevi periodi di riposo, cambiare di tanto in tanto il genere di lavoro stabilendo opportuni turni in relazione della capacità e delle attitudini.

Oltre a ciò per ridurre la frequenza della monotonia è forse opportuno fare la selezione degli operai adibendo ai lavori continuamente ripetuti quelli che, sottoposti alle prove del caso, si mostrano più adattabili. Al riguardo è stato più volte ripetuto che gli individui poco intelligenti sono quelli che meno risentono la monotonia. Sono state suggerite prove specifiche per saggiare la capacità a tollerare il lavoro uniforme, come quello di assegnare un compito uniforme senza alcun interesse e di misurare continuamente la celerità del lavoro. Ma oltre a queste prove specifiche, e forse meglio, la miglior guida per la selezione è data dall'innata disposizione e dalle attitudini individuali, che riducono al minimo le possibilità di disarmonia e con esse gli effetti della monotonia. Coloro che ne soffrono di più sono quelli che per difetto di destrezza o altra inabilità, si trovano al limite della capacità di attendere al lavoro loro assegnato, e nello sforzo di raggiungere qualche cosa che essi sentono di non poter realizzare si scoraggiano e si deprimono.

Da quanto si è esposto risulta che la monotonia dipende dall'interazione di molti fattori, tra i quali forse il più importante è il quoziente personale. L'industria moderna tende a rendere più grave l'azione di questi fattori, e nella tendenza a rendere il prodotto sempre più economico non tiene alcun conto di quel che costa quest'economia alla salute degli operai. Le provvidenze che si possono adottare per ridurre al minimo gli inconvenienti del genere sono di facile applicazione e non costosi, per modo che è augurabile che essi siano al più presto e ovunque tradotti in pratica.

DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti.

Seduta dell'11 aprile 1927.
Presidente: Prof. TEDESCHI.

Ha la parola il prof. G. CASTRONUOVO per commemorare il socio prof. S. DEL VECCHIO.

L'O. ne ricorda con profonda commozione la figura dolce e mite, e la morte improvvisa nella sede sacra al culto dell'insegnamento superiore, in mezzo ai suoi discepoli che luminoso cadavere lo raccolsero tra quegli stessi cadaveri poco prima illuminati dal suo occhio e dal suo bisturi di Maestro. Ne ricorda tutta l'opera di scrittore e di volgarizzatore dell'arte chirurgica, e chiude la breve orazione mandando un commosso saluto alla nobile figura scomparsa, simbolo d'infinita bontà.

Di una rara anomalia del sistema carotideo.

Prof. G. JANNELLI. — L'O. descrive una rara anomalia del sistema carotideo destro; identifica, in base alle nozioni anatomiche ed ai casi riferiti dalla letteratura, la carotide esterna con un grosso ramo arterioso sorgente con altri dalla carotide primitiva; e dà la spiegazione embriologica dell'anomalia rifacendosi allo sviluppo degli archi aortici, dei quali, secondo l'O., solamente il primo avrebbe concorso alla formazione del ramo anomalo. Fotografie, schemi, disegni illustrano il caso interessante descritto.

Metodo per iniezioni intratracheali mercè la intubazione.

Dott. G. PANSINI. — Per scopi terapeutici, o per scopi diagnostici nella pratica radiologica è di recente in uso di somministrare liquidi attraverso la trachea; però tali iniezioni con i mezzi attualmente in uso, non sono praticabili da tutti.

L'O. ha studiato e sperimentato un metodo finora non provato, o appena tentato, che si basa sulla tecnica di intubazione mercè la quale è possibile anche negli adulti di fare penetrare in laringe una cannula metallica senza bisogno dello specchio laringeo. Mostra e descrive apposite cannule che ha fatto costruire; mercè la prima egli introduce in sito nei vari organi la soluzione anestetica, con l'altra introduce in trachea e quindi nei bronchi il liquido opaco o medicamentoso, e ciò per la via transglottica. Ne descrive dettagliatamente la tecnica, ne mette in rilievo i vantaggi, la nessuna controindicazione per l'età e per le condizioni dell'infermo. Non trascura di fare anche rilevare gli svantaggi, che peraltro non meritano gran conto: confronta il suo metodo con i mezzi finora in uso per lo stesso scopo, e dopo severa critica può stabilire i pregi del suo metodo su tutti quanti gli altri, compreso l'ultimo proposto dal Lorey.

Il Segretario: ENEA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le anoressie mentali dell'adolescenza e degli adulti.

Possono distinguersi in primitive e secondarie. Queste ultime si osservano nel corso di una psicosi confermata (demenza precoce, melanconia, idee ipocondriache).

Più interessanti sono le anoressie primitive. Alcune sono di ordine sentimentale, come è, p. es., il caso della vedova che avverte costrizione faringea vedendo vuoto il posto del marito, oppure l'anoressia sociale di coloro che hanno sofferto molte privazioni. I due moventi principali sono la civetteria e l'ascetismo. Quest'ultima causa si riscontra nelle giovanette all'epoca della prima comunione. Per la civetteria, molte ragazze vogliono conservare la figurina svelta e sottile e mangiano poco; peggio poi se una burla od una parola pronunciata a caso le conferma nella loro opinione. Non valgono i consigli e le minacce della famiglia; esse ricorrono a tutti gli stratagemmi, gettano gli alimenti sotto la tavola, si provocano il vomito, ecc. Fatto il primo passo, l'inappetenza si mantiene da sola; sopravvengono poi la stitichezza e l'amenorrea. Queste malate devono esesre curate lontane dalla famiglia, in una casa di salute; spesso guariscono, ma non mancano recidive; alcune finiscono per inanizione o per tubercolosi.

Vi sono poi delle anoressie per fobia. Uno aborre i liquidi perchè ha veduto un cane bere in un bicchiere, un altro non può alimentarsi perchè viene assalito da idee ossessionanti di tipo aritmomane.

Alcune anoressie sembrano puramente nervose. Una giovane 25enne, in seguito ad una delusione amorosa, restringe la sua alimentazione e cade poco a poco in uno stato di abbattimento che vari specialisti diagnosticano di demenza precoce. L'esplorazione sotto l'etere col metodo di Claude dimostra che la base della crisi, che dura da un anno, è costituita dalle dette preoccupazioni.

Talvolta però l'anoressia rappresenta l'inizio di una demenza precoce. In tal caso, essa è recidivante e finisce per accompagnarsi ad apatia, inaffettività, negativismo. L'individuo ha periodi di irritabilità, in cui si dimostra grossolano con la propria famiglia, oppure presenta mutismo progressivo con indebolimento intellettuale. Bisogna essere diffidenti anche in casi di apparenza benigna, poichè, magari dopo qualche anno, la demenza precoce si conferma.

Come riferisce P. F. (*Rev. esp. de medicina y cirugia*, genn. 1926), il trattamento varierà secondo le diverse forme. Un solo mezzo curativo è comune a tutte le forme ed è l'isolamento. Nei casi chiamati semplici, si potrà ricorrere alla persuasione ed al *gavage*. A qualcuno ha dato buoni risultati la tiroidina; utili possono essere i raggi ultravioletti per stimolare l'appetito e la vitalità del soggetto. L'isolamento deve durare un tempo sufficiente ed è poi necessario che quelli che circonderanno l'infermo all'uscita siano convenientemente istruiti sul modo di trattarlo. *fil.*

Della chiusura spontanea di certe perforazioni di stomaco in peritoneo libero.

Aigrot (*La Presse Médicale*, 8 genn. 1926, n. 3, p. 35), sulla base di alcune considerazioni, vuoi dimostrare che alcune chiusure di perforazioni gastriche, in peritoneo libero, avvengono spontaneamente. Su 49 perforazioni gastriche che l'A. ha operato in 5 anni, 6 solamente non risiedevano nella regione piloro-duodenale: due risiedevano a livello del cardias, tre a livello della piccola curvatura, una peptica era situata a livello della bocca gastro-entero-anastomotica, mentre la metà di quelle operate a freddo erano situate nella piccola curvatura. *La più grande frequenza delle ulcere perforate della regione piloro-duodenale* e dovuta, secondo l'A., alla mancanza di organi vicini, che possano aderire alla perforazione.

A proposito delle *manifestazioni morbose sintomatiche di una perforazione verificate immediatamente o ulteriormente* l'A. cita un caso da lui operato dopo 3 ore da una perforazione gastrica situata al disotto del lobo epatico, che già aveva determinato aderenze a corona (trattamento con chiusura della perforazione e gastro-enterostomia). In altri 3 ammalati con sindrome tipica di perforazione gastrica intervenendo dopo 2 mesi, dopo 6 mesi e dopo un anno trovò delle aderenze intime al fegato ed al pancreas. In merito alle *manifestazioni morbose sintomatiche di perforazione ricercate nella storia di ammalati di ulcere aderenti della piccola curvatura* è facile riconoscere a volte degli incidenti riferibili a perforazione, una volta su due (nella casistica dell'A.). Tuttavia bisogna ricordare che molte ulcere della piccola curvatura sulla faccia posteriore sono dolorosissime per la presenza in tali zone del nervo principale post. (di Latarget). Sulla piccola curvatura perciò gli organi vicini

si prestano alla chiusura spontanea della perforazione. Nei 2 casi di ulcera della regione cardiale nella impossibilità di una sutura che desse affidamento, ricoprì il punto perforato con omento. JURA.

Fra i carcinomi gastrici quanti se ne sono sviluppati in antiche ulcere?

Papin e Angelin (*Journ. de Med. de Bordeaux*, 10 maggio 1926) innanzi tutto fanno 2 gruppi di carcinomi gastrici: *a*) quelli a decorso breve e che non sono preceduti da alcuna manifestazione di sofferenze gastriche; *b*) altri nei quali si ha una storia lunga di disturbi gastrici (ipercloridria). Questi ultimi, che non danno metastasi epatica, si sono sviluppati in un'antica ulcera.

Le statistiche degli AA. riportano cifre molto discordanti, perchè mentre alcuni riferiscono solo l'1 o il 2 % di ulcere trasformate in cancro, altri riportano persino il 70 e 100 % dei casi.

Le cause di tali diversità, secondo gli AA., dipendono dai criterii secondo i quali furono fatte le statistiche. Quelli che sulla guida degli ulcerosi sicuri ricercarono se erasi formato il cancro ottennero le cifre più basse, mentre quelli, che vollero studiare quanti cancerosi avessero sofferto prima di ulcera, ottennero le cifre le più alte. Una prova di ciò si ha nelle statistiche di Moynyan il quale prima ottenne con questo secondo concetto il 66 % di casi di cancro insorti su ulcere, mentre in una seconda statistica ottenne solo il 18 % studiando le ulcere cancerizzate.

Angelin riferendosi ai 1366 casi di cancro dello stomaco già studiati da Lériche su 501 casi trovò che in 66 l'esame istologico forniva la prova che si trattava di ulcere cancerizzate ed in 80 altri casi mancando la prova istologica la storia era di ammalati con disturbi gastrici datanti da molto tempo e con segni indiscutibili di ulcera (32 %). Infine Papin e Angelin su 81 carcinomi gastrici completamente studiati clinicamente ed anatomo-patologicamente trovano che 43 erano primitivi, 38 carcinomi probabilmente sviluppatisi in ulcere, con una proporzione del 44 %.

Da tali dati gli AA. concludono che su 3 carcinomi gastrici uno almeno si è sviluppato su antica ulcera. JURA.

TERAPIA.

La sindrome d'allarme nella somministrazione della digitale.

Molto s'è discusso e si discute sull'uso della digitale, la quale può favorire, se non del tutto provocare anche la morte immediata.

Su questa condizione L. Gallavardin (*Presse Méd.*, n. 104, 29 dicembre 1926) porta un nuovo contributo.

Perchè la digitale possa provocare tale disturbo, bisogna che il miocardio ammalato abbia una certa predisposizione a presentare la fibrillazione ventricolare, a cui va legata la sincope cardiaca da digitale.

Mentre la fibrillazione auricolare si limita a produrre l'aritmia completa del ventricolo, quella ventricolare invece può produrre accidenti immediati, letali.

Scopo principale quindi è di conoscere quei sintomi che possono predisporre il miocardio alla fibrillazione ventricolare.

Questa sindrome ritmica, d'allarme, da considerarsi come uno stadio pre-fibrillare consiste nei seguenti sintomi ritmici:

1) *Ritmo sdoppiato, con polimorfismo delle contrazioni ventricolari all'esame elettrico.*

I ritmi sdoppiati, benigni, si possono notare durante un'aritmia extrasistolica; non sono di prognosi grave. Il ritmo sdoppiato invece, che appare in ammalati di grave cardiopatia, in seguito a somministrazione di digitale, ha una prognosi molto più grave.

Talora una prudente somministrazione di digitale può far sparire lo sdoppiamento; più spesso lo accentua, peggiorando le condizioni dell'infermo.

All'elettrocardiogramma si osserva che mentre nell'aritmia extrasistolica l'extrasistole presenta un tipo fisso, in queste forme invece si possono osservare nel medesimo tracciato tre, quattro tipi di extrasistole ventricolare.

Questo polimorfismo indica un'alterazione funzionale del miocardio.

2) *Presenza di gruppi extrasistolici.*

In questi cuori con ritmo sdoppiato, talora si nota non una, ma una serie di tre, quattro extrasistoli, che si seguono in un breve periodo. Anche queste extrasistoli ventricolari all'esame elettrico possono presentare un tipo regolare, o un netto polimorfismo.

3) *Comparsa di periodi di tachicardia più o meno lunghi.*

Ascoltando il medesimo cuore, alle due alterazioni notate, si può talora aggiungere una crisi di tachicardia che dura da 1 secondo a 1-2 m., con una pulsazione di 160, 180 al m.

L'elettrocardiogramma mostra una tachicardia ventricolare, a contrazioni talora regolari, talora polimorfe.

Queste tachicardie sono dette terminali, perchè precedono di poco l'esito letale, e si possono considerare come una specie di *flutter ventricolare*, il quale, come il *flutter* auricolare, è parente della fibrillazione.

In questi casi la digitale è pericolosa, perchè può provocare la fibrillazione ventricolare.

Sono riferiti tre casi dimostrativi, in cui la somministrazione della digitale ha fatto sorgere i disturbi sopradescritti.

Sicchè in conclusione, si può stabilire che la sindrome d'allarme, durante l'uso della digitale, in cardiaci gravi e con la predisposizione alla fibrillazione ventricolare, è costituita, in ordine di gravità, da: ritmo sdoppiato, gruppi di extrasistoli, corti periodi di tachicardia.

Se mancano i mezzi per un esame elettrico, questi sintomi, osservati in un grave ammalato cardiaco, devono sconsigliare il medico dal somministrare la digitale.

CARUSI.

Il trattamento degli stati stenocardici con la jodocalciodiuretina.

Fino ad ora hanno regnato nella cura degli stati spastici delle coronarie e dell'aorta, specie dell'angina pectoris, i nitriti, in forma di: nitrito d'amile, nitrito di sodio e nitroglicerina.

Il loro uso non è però scevro da inconvenienti, rappresentati in alcuni casi da moleste sensazioni di vertigine, di cardiopalmo, di collasso, e dal pericolo, seppur raro, di provocare la metaglobinemia.

Azione antistenocardica possiedono anche la caffeina e la teobromina. Quest'ultima viene somministrata a preferenza in forma di diuretina, la quale, mista allo jodio (joddiuretal), avrebbe dato ottimi resultati nel trattamento dell'angina pectoris, dell'asma cardiaco, dell'asma bronchiale, della sclerosi cerebrale e addominale, dell'ipertonia.

È stata usata anche, recentemente, l'associazione calcio-diuretina, la quale presenta il vantaggio di disciogliersi solo nell'intestino, eliminando così qualsiasi disturbo a carico dello stomaco. Il calcio, poi, rafforzerebbe l'azione della diuretina, agendo sull'apparato simpatico vasodilatatore dei vasi più piccoli.

R. Unger (*Med. Klin.*, n. 27, 1926) mette in rilievo il valore di un preparato ancor più recente, nel quale lo jodio è stato aggiunto alla calcio-diuretina. Si tratta della: jodocalciodiuretina, che si trova in commercio in forma di tavolette contenenti ognuna 0,50 di diuretina e 0,10 di joduro di potassio.

Nell'angina pectoris tale preparato dirada gli accessi fino a farli del tutto scomparire. Anche i dolori retrosternali dell'aortite luetica si mitigano rapidamente, e il paziente può lasciare il letto.

Nella sclerosi cerebrale scompaiono le cefalee e le sensazioni di vertigini, e si ristabilisce il sonno normale. Nelle forme morbose con ipertonia si può assistere a una diminuzione di pressione di 20-30 mm. Hg.

Nessuna azione manifesta avrebbe invece nell'asma cardiaco e bronchiale, in cui resta sempre ottima la terapia a base di adrenalina, atropina, ecc.

La dose è di 1-2 tavolette 3 volte al giorno. Manifestatosi il miglioramento, si diminuisce di una tavoletta giornaliera, mantenendola per parecchie settimane.

Nei casi accompagnati da insufficienza cardiaca, nei quali non è possibile la somministrazione orale per la concomitante gastrite da stasi, il medicamento può essere usato in forma di suppositori.

Non è stata mai osservata alcuna azione collaterale dannosa.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul metabolismo basale negli acromegalici

Qualunque sia l'interesse delle prove biologiche proposte per riconoscere e valutare la lesione pituitaria, incerto è il loro valore clinico, e la semeiologia ipofisaria resta abbastanza povera per non giustificare il tentativo fatto di trarre partito anche dallo studio del metabolismo basale nella diagnosi dell'acromegalia e delle sindromi ipofiso tuberiane. Cestan, Sendrail, Lassalle (*Revue neurologique*, gennaio 1926), hanno studiato due pazienti: in essi l'aumento di volume progressivo delle estremità, la patognomonica facies, la cifosi del rachide, l'astenia, le prove radiologiche imponevano la diagnosi di acromegalia. In condizioni rigorosamente identiche fu praticata la valutazione del metabolismo basale. Con dispositivo speciale era calcolato il bilancio respiratorio. Il primo malato, acromegalico tipico, con sella turcica slargata, nel quale nessun segno autorizzava a supporre una lesione secondaria dei centri o delle vie iuxta ipofisarie, presentò un metabolismo basale elevato, d'accordo con la maggioranza degli AA. Il secondo malato invece mostrò un metabolismo molto inferiore al normale: ma in questo, la poliuria, la glicosuria, i disturbi genitali, i disturbi del sonno erano di certo la prova che vi era una lesione simultanea dei nuclei tuberiani; è appunto una diminuzione del m. b. che Boothby, Maragnon, Labbé ed altri hanno notato negli adiposo genitali. Labbé, anzi mette questa diminuzione in rapporto con l'insufficienza ipofisaria: secondo Cestan e collaboratori sarebbe più conforme ai dati fisiologici attuali metterlo

in rapporto con una lesione infundibolare. Se il tuber è riconosciuto per uno dei principali centri della nutrizione, esso interviene, senza dubbio, tal quale come la tiroide, nella regolazione del m. b.; non è azzardato ammettere che l'irritazione dei nuclei del III ventricolo per un tumore ipofisario, esageri questa funzione, mentre che una lesione distruttiva provoca una reazione opposta. I risultati divergenti ottenuti in tal modo dagli AA. potrebbero essere agevolmente spiegati.

MONTELEONE.

Sulla patogenesi della gotta.

F. Gudzent (*Klinische Wochens.*, 11 giugno 1926) nega i rapporti causali tra acido urico e gotta, poichè i tofi, composti di acido urico e urati, a volte si formano e scompaiono senza che si abbiano sensazioni subbiettive di sorta. L'attacco gottoso acuto sembra essere di natura allergica e provocato da fattori alimentari, che variano da soggetto a soggetto; così uno dei pazienti dell'A. tollerava una bevanda alcoolica preparata con alcool distillato, ma aveva un accesso di gotta bevendo una determinata marca di champagne. La dieta apurinica non costituirebbe dunque l'ultima parola nella patogenesi della gotta: gli allergeni sono molto più importanti.

Vogliamo richiamare, a questo proposito, le concezioni di Scala, Lumière, van Herwerden, secondo cui gli accessi dolorosi sono determinati da cambiamenti dello stato colloidale, da *sol* in *gel*, delle proteine presenti nell'organismo. Questa trasformazione può essere reversibile, ed allora i dolori possono dileguare, ovvero cambiare di sede, con lo scomparire della gelificazione in un posto per riformarsi in un altro (dolori reumatici, dolori vaganti). Può anche essere irreversibile, ed allora i dolori persistono con tenacia. Quando la gelificazione si produce improvvisa ed intensa, si hanno attacchi dolorosi acuti, dall'emicrania all'accesso gottoso; ma si emendano con la restituzione allo stato normale del protoplasma nei nervi sensitivi o nel tessuto perinerveo.

L'accesso anafilattico sarebbe dovuto, secondo Kopaczewski, Lumière ed altri, a trasformazioni congeneri del plasma sanguigno.

Nel rompere l'equilibrio e determinare i fenomeni generali di shock o quelli locali dolorifici e flogostici (flogosi amicrobica), intervengono fattori vari di natura fisica e chimica, come il freddo, il caldo, sostanze minerali, metaboliti, ecc.; l'acido urico e gli urati sarebbero uno di questi fattori, ma da soli insufficienti.

VERNEY.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Assistenza medica nell'avvelenamento per semi di ricino. — All'abb. n. 9589-1:

La terapia può considerarsi disarmata di fronte ad un avvelenamento in atto per semi di ricino. Non rimane che favorire il vomito (generalmente spontaneo) e l'evacuazione intestinale e praticare le cure sintomatiche: pezzetti di ghiaccio, bevande mucillaginose ed oleose, oppiacei, iniezioni di caffeina ed etere, vesti e bottiglie calde. Nella maggioranza dei casi il vomito, la disfagia e i dolori cessano e il ristabilimento si effettua in 5-10 giorni. La grande tossicità della *ricina* rende tuttavia pericolosissimo e facilmente mortale questo avvelenamento quando i semi ingeriti sono stati numerosi. P. DI MATTEI.

Al dott. G V., da S. D. di P.:

Dal '25 in poi non basta la laurea per esercitare medicina, ma occorre l'esame di Stato. L'importante è che per aprire un Gabinetto dentistico bastano i titoli e le modalità richiesti per l'esercizio generale della medicina e chirurgia.

COEN-CAGLI.

Al dott. E. B., da C.:

Vedrà a pag. 230 del *Prontuario di Terapia Ostetrica* di GAIFAMI, II ediz., Pozzi, Roma, che la pratica prevalente è ora *meno precipitosamente interventista* di quanto non lo fosse un tempo; così il taglio cesareo deve essere misura *di eccezione;* le cure mediche, in gravidanza, a base di salasso, veratro, siero, sono di solito sufficienti. Una monografia esauriente è quella di ACCONCI, negli *Atti della Soc. It. di Ost. Gin.*, 1924, Congresso di Napoli. A. P.

All'abb. n. 10835-4:

Veda a pag. 230 del *Prontuario di Terapia Ostetrica* di GAIFAMI. II Ed., L. Pozzi, 1926.

A. P.

All'abb. G. L., Bari:

L'ipotesi di un varicocele da shock del simpatico perivasale è delle più trascendentali! Non si stupisca del giudizio del suo collega perchè in infortunistica, purtroppo, ogni sano criterio scientifico è posposto, nel modo più assurdo ed inverosimile, agli intenti speculativi.

Non esistono, nè possono esistere, monografie sull'argomento.

Le nozioni sulla eziologia e patogenesi delle varici in genere, e del varicocele, che troverà in qualsiasi trattato di Chirurgia, le forniranno argomenti per dimostrare facilmente l'assurdità della nuova teoria. L. D.

VARIA.

Un tetrastico di San Pier Damiani sulla malaria.

Caduto l'impero romano d'occidente, dopo che per duecento anni Goti, Greci, e Longobardi calpestarono la campagna di Roma devastandola ed isterilendola, le febbri malariche ripresero il loro dominio non solo nell'agro adiacente alla città, ma in Roma stessa, e completarono con le loro stragi l'opera devastatrice dei barbari.

Che anche in quei tempi esistesse un rapporto evidente fra paludismo e il grado di coltivazione maggiore o minore dei campi, è dimostrato dal breve periodo di benessere goduto dalle genti della campagna quando il Grande Gregorio instaurò in tutto il patrimonio della Chiesa un razionale ordinamento culturale. Si deve a questo illustre pontefice la colonizzazione delle terre dell'Agro, con l'istituzione dei *fondi*, masserie nelle quali egli costruì, per dimora dei coloni, le *casae* o *casales* che si tramandarono, per lo meno nella denominazione, sino ai giorni nostri. Le successive lunghe guerre, però, fra il papato e l'impero, e lo stato di anarchia derivatone, ricondussero l'agro in un nuovo stato di desolazione. I baroni che con le loro ruberie o con investiture più o meno spontanee a mano a mano si impossessarono del territorio laziale, intenti a combattersi fra di loro ed a rafforzare i loro istinti briganteschi in ben muniti castelli, trascurarono del tutto la coltivazione dei campi; i pochi coloni ancora rimastivi dovettero fuggire di fronte ai pericoli da cui continuamente erano minacciati. Risale a quei tempi l'origine di quei latifondi, incolti e devastati dalla malaria, di cui ancor oggi deploriamo l'esistenza.

Non solo nell'Agro, allora, ma nello stesso Laterano, sede dei Papi, la malaria infierì inesorabilmente, facendo vittime anche fra i Pontefici, quando erano risparmiati dal veleno dei loro avversari.

La malaria, d'altra parte, se era micidiale per i Romani, costituiva allora la maggiore loro difesa contro i nemici esterni. Tutti gli eserciti imperiali che calavano dal Nord, dovevano levare le loro tende quando la stagione estivo-autunnale si avanzava.

Memorabile è nella storia la grave epidemia scoppiata in uno degli assedi condotti dal Barbarossa (agosto 1167), che mietè il fiore dei suoi cavalieri, risparmiati da cento battaglie. Gli scrittori di quell'epoca (vedi *Annales Cameracenses*) narrano che le *intemperiae aëris* scoppiarono improvvisamente dopo che una nube nera coprì tutta la vallata vicino a Monte Mario, ove era accampato l'esercito, provocando una violenta pioggia cui seguì un'intensa caldura.

Pier Damiani, il santo monaco alleato di Ildebrando nella riforma della Chiesa, morto a Faenza nel 1072, descrisse in quattro ottimi versi la micidialità della febbre a Roma nel medio evo (Opusc. XIX Cod. Vaticano p. 259):

« *Roma vorax hominum, domat ardua colla vi-*
[rorum,
Roma ferax febrium, necis est uberrima frugum.
Romanae febres stabili sunt iure fideles;
Quem semel invadunt, vix a vivente recedunt ».

Prof. SALVATORE DIEZ.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

LUCCARELLI VINCENZO. *Operazioni eseguite sul Carso durante una azione.* — Viadana, G. Cavalca, 1926.

MACCANTI ANTONIO. *Il dolore inguinale nell'artrite dell'anca e sedi predilette in artriti diverse.* — Biella, Tip. Amosso, 1926.

MAESTRINI DARIO. *Resoconto statistico sul funzionamento dell'Ospedale Civile di Teramo.* — Teramo, Stab. « La Fiorita », 1926.

MITRA MARIANO. *Per la ricerca del bacillo di Koch nel contenuto gastrico dei bambini affetti da tubercolosi polmonare.* — Roma, Tip. Coop. Sociale, 1926.

MARMO SERAFINO. *Alcuni interventi ostetrici.* — Napoli, Tip. Tocco, 1926.

MASINI VEZIO. *Insufficienza epato-renale e malattie dell'orecchio interno.* — Genova, Tip. Tredici, 1926.

MAZZONI LUIGI. *L'Istituto Fototerapico nel biennio 1924-25.* — Firenze, G. Spinelli & C., 1926.

MISURACA SALVATORE. *Afasia da tossinfezione nel tifo e nell'elmintiasi.* — Milano, A. Rancati, 1926.

MOURIZ RIESGO J. *Estudio y Diagnóstico serológico de la Neurosifilis.* — Madrid, 1926.

ID. *Diagnóstico biológico de la Heredosifilis.* — Madrid, Archivos Med. Cir., 1926.

NARDI GIONA. *Le emorragie interstiziali: raro accidente in seguito alle iniezioni endomuscolari.* — Torino, Tip. Ed. « Minerva », 1926.

Pubblicazione del più grande interesse:

Prof. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli.

La Terapia Clinica nella Medicina Pratica

Indicazioni-Prescrizioni Igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.

Un grosso volume di pagg. VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del « Policlinico » nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58.** Per i nostri abbonati solo L. **52** franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I contributi sindacali obbligatori per gli intellettuali.

Il Ministero delle Corporazioni ha approvata la seguente classificazione dei contributi sindacali obbligatori per gli esercenti una libera attività:

1) Avvocati e procuratori, ingegneri, medici, giornalisti, architetti, chimici, lire cento annuali.

2) Veterinari, autori e scrittori, musicisti, artisti, dottori commerciali, ragionieri, farmacisti, geometri, lire ottanta annuali.

3) Ostetriche, periti, lire sessanta annuali.

I suddetti contributi sono obbligatori per tutti gli esercenti la libera professione.

Per i professionisti che sono anche iscritti ai Sindacati Fascisti, oltre il contributo obbligatorio vi è il pagamento della tessera in lire dieci.

Qualora secondo lo spirito della Riforma sindacale si dovesse provvedere alla istituzione di opere assistenziali e di previdenza per i medici, saranno fissati dei contributi speciali.

La riforma della Cassa di Previdenza Sanitari.

Il Senato del Regno ha approvato la legge che riforma la Cassa di Previdenza dei Sanitari.

La legge diventerà esecutiva dopo la pubblicazione sulla « Gazzetta Ufficiale ».

Pel Collegio degli Orfani dei Sanitari di Perugia.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato il R. decreto-legge il quale eleva da L. 24 a L. 60 il contributo annuo che i sanitari dipendenti da Enti pubblici devono versare a favore dell'Opera Pia Collegio convitto pei loro Orfani in Perugia. Si può annunciare che tale decreto è in vigore dal 7 aprile con decorrenza dal 1° gennaio pros. pass. In seguito ai voti espressi da quel Consiglio di Amministrazione e per l'opera efficace svolta dall'illustre presidente dell'Opera Pia, prof. sen. Simonetta, anche il Governo, assecondando i desideri della classe, ha aumentato il suo contributo portandolo da L. 20,000 a L. 50,000 annue.

I Prefetti furono prontamente informati mentre furono fatte premure per la sollecita compilazione dei ruoli e degli elenchi dei contribuenti obbligatori.

Zuinaggio.

A Palermo una vigilante pattuglia riuscì a sorprendere e a trarre in arresto il nominato Salvatore Curciò, mentre stava per accompagnare due ammalati, provenienti da Tortorici, presso un medico, anzichè presso quello richiesto dai malati stessi.

È questo il primo degli arresti nella ripresa della lotta contro lo « zuinaggio » promossa dal R. Prefetto.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Il regolamento per le specialità medicinali.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica, in data 14 aprile, il R. D. 3 marzo 1927, n. 578, che approva il Regolamento contenente norme per la produzione ed il commercio delle specialità medicinali. Ce ne occuperemo prossimamente.

Sistemazione delle cave di prestito.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha inviato ai Prefetti copia di una circolare che il Ministero dei LL. PP. (Direz. delle opere idrauliche) ha diramato ai Dicasteri interessati, concernente la sistemazione delle cave di prestito nei riguardi della endemia malarica.

Modificazione all'elenco delle sostanze tossiche e dei preparati aventi azione stupefacente.

Si richiama l'attenzione delle autorità sanitarie e di pubblica sicurezza sul D. M. del 24 gennaio u. s., pubblicato sulla « Gazz. Uff. » del 15 febfraio 1927, n. 37.

Con tale decreto vengono inscritte fra le sostanze stupefacenti anche i seguenti preparati: Eukodal (Cloridrato di idroossicodeinone) e Dicodid (idrocodeinone).

L'uso di tali sostanze viene perciò limitato al solo ed esclusivo scopo terapeutico e possono essere somministrate soltanto in seguito a regolare prescrizione medica, in conformità alle disposizioni della legge 18 febbraio 1923, n. 396 e dell'art. 48 del regolamento 13 luglio 1914, n. 829 sull'esercizio delle farmacie.

Similmente il commercio all'interno dei detti prodotti è sottoposto alle restrizioni stabilite per le sostanze stupefacenti; così per le annotazioni sui registri di carico e di scarico, per le importazioni ed esportazioni e transito nel Regno, come anche per le cessioni a titolo gratuito, dovranno essere rigorosamente osservate le norme tutte di cui al regolamento 9 novembre 1923, n. 396.

Tutti i farmacisti, i direttori di laboratori farmaceutici e le persone autorizzate al commercio delle sostanze stupefacenti devono subito segnare sui rispettivi registri di carico e scarico la quantità di Eukodal e di Dicodid attualmente posseduta e farne subito speciale denuncia alla rispettiva Prefettura.

Le autorità di P. S. sono incaricate della vigilanza per impedire il commercio clandestino di tali sostanze stupefacenti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANDALI (*Catanzaro*). — Scad. 15 mag.; L. 8000 comprese funz. uff. san.; 5 quadr. dec.; per cavalc. L. 3000; alloggio gratuito; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10.

BENEVENTO. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Direttore del Dispensario; vedi fasc. 18. Scad. 40 gg. dal 14 apr.

CASTELPETROSO (*Campobasso*). — Al 7 giu., ore 18; L. 6500 (*sic*); età lim. 40 a.; tassa L. 50.15. Ab. 3320; assistenza a 38 fam. pov. e 50 orfani di guerra. Chiedere annunzio.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario pei seguenti consorzi:

1) Aprigliano, Pietrafitta, Piane Crati;
2) Colosimi, Bianchi, Panettieri;
3) S. Agata d'Esaro, Mottafollone, S. Sosti;
4) Spezzano Albanese, S. Lorenzo del Vallo, Tarsia e Terranova di Sibari;
5) Amendolara, Roseto C. Spulico, Castroregio;
6) S. Fili, Rende, S. Vincenzo La Costa;
7) Celico, Rovito, Zumpano;
8) S. Pietro in Guarano, Castiglione Cosentino, Lappano. — Stipendio L. 8000 con cinque quadrienni e indennità vettura L. 2500.
9) Trebisacce, Albidona; stipendio L. 7000 con cinque quadrienni e indennità vettura L. 2500.

Titoli ed esami. Documenti prescritti art. 7 R. D. 29-11-1925, n. 2266. Tassa concorso L. 50.20. Scadenza 20 giugno.

Il Prefetto: GUERRERI.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Il termine utile pel concorso al posto di ufficiale sanitario e di direttore dell'Ufficio Municipale d'Igiene del Comune di Genova unificato, è prorogato fino alle ore 17 del 30 giugno 1927. Obbligo a ciascun concorrente di esibire la quietanza di L. 50 per tassa concorso. Restano ferme tutte le altre condizioni dell'avviso 21 febbraio 1927.

Genova, 24 aprile 1927 (anno V).

Il Prefetto: PORRO.

IVREA (*Torino*). *Ospedale Civile.* — Assistente Sezione Medicina; tassa L. 50.10; scad. 25 mag. Rivolgersi Amministraz.

LA SPEZIA. — Scad. 15 mag.; 5° e 7° reparto; L. 7200 e 10 bienni ventes., L. 1000 disag. resid.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50 per ciascun conc.

LIVORNO. *R. Spedali Riuniti.* — Scad. 15 mag.; medico radioanterapista; L. 6000 e 30% incasso radioanterapista, 10% incasso globale; 5 anni di pratica ospedaliera; età lim 30-45 a.; tassa lire 50.10.

MAGENTA (*Milano*). *Ospedale Civile Giuseppe Fornaroli.* — Med. chir. assistente; titoli; L. 8000 oltre L. 2000 serv. att., alloggio, luce, riscaldam., servizio; 30% introiti gabinetti e 10% operaz. chirurgiche; docum. all'ufficio di Segreteria (via Giacobbe 23) entro le ore 17 del 16 mag.; età 21-30 a.; serv. entro 15 gg.

MEDOLE (*Mantova*). — Scad. 31 mag.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san.; lire 1200-2500 trasp.; c.-v. in L. 1846-2841; ab. 3067 di cui 2300 c. agglomerati; addizionale oltre 1/3 della popolaz.: L. 300 ogni 100 iscritti; tassa L. 50.10.

NOVARA. *Consorzio Antitubercolare provinciale.* — Medico direttore; scad. 31 mag.; vedi fasc. 18.

PARETO (*Alessandria*). — Scad. 15 mag.; vedi fasc. 18.

PEDACE (*Cosenza*). — Scad. 20 mag.; L. 7000 e 5 quadr. dec.; tassa L. 50.10.

SUPINO (*Frosinone*). — A tutto 15 mag., 2ª cond., con mansioni in preval. chirurg.; L. 9500. Chiedere annunzio.

TAIBON (*Belluno*). — Con La-Valle; al 30 mag.; L. 9000 e c.v., oltre L. 1000-2000-3500 trasporto, L. 800 uff. san. e 5 quadrienni dec.; riconoscim. 2 quadrienni; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10. Ab. 5000 di cui 1000 c. agglomerati.

ZAGAROLO (*Roma*). — Al 20 mag.; L. 9500 e addiz. L. 4 oltre 1000 pov.; c.-v. in L. 1200; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a. al 22 mar.; tassa L. 50.10.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. comm. Ernesto Tramonti ha assunto col 1° aprile la direzione medica dell'Ospedale Italiano Umberto I di S. Paolo nel Brasile, in sostituzione del cav. uff. dott. Carlo Comenale, che ritorna in Italia.

La notizia è stata appresa con vivo compiacimento da quanti ammirano l'egregio professionista che grato ricordo ha lasciato di sè in Italia, dove era venuto a prestare la sua opera anche durante la guerra e che da molti anni viene dando le sue preziose energie al grande nosocomio di S. Paolo, creando nel suo reparto una vera e propria scuola. Ricordiamo a questo proposito che l'Istituto Fisioterapico, fiorentissimo, della Casa di Salute Ermelino Matarazzo è opera del Tramonti.

Vivissimi rallegramenti all'illustre amico.

Il dott. V. J. Grossi, già assistente nella Clinica Chirurgia dell'Università di Roma, ora da qualche tempo a New York, con deliberazione recente del Board of Trusters dell'Ospedale Italiano delle 83 Strade, è stato nominato *visiting doctor* dell'ospedale stesso. Congratulazioni.

Al posto di direttore del Laboratorio di analisi cliniche presso l'Ospedale Umberto I di Ancona sono risultati: 1) il prof. Alessandro Alessandrini, 2) il dott. Nicola Sette, rispettivamente aiuto e assistente nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma. I concorrenti erano in numero di 8.

Avendo il primo risultato rinunziato al posto, è stato nominato il secondo.

Ai due apprezzati studiosi i nostri rallegramenti cordiali.

In questi giorni ha chiuso i suoi lavori la Commissione per l'aggiudicazione della Borsa di Studio che la provvida Ditta Medicinali Wassermann mette ogni anno a disposizione dell'Associazione Nazionale tra le Dottoresse in Medicina e Chirurgia, confermata anche per il 1926 dal dottor Antonio Wassermann, degno continuatore dell'opera paterna. La Commissione era composta dalla dott. prof. Angiola Borrino di Torino, dalla dott. Di Vestea di Pisa e dalla dott. prof. Carcupino Ferrari di Salsomaggiore, presidente dell'Associazione. Essa è addivenuta al concetto di suddividere per quest'anno la somma messa a concorso tra la dott. Maria Rosso Lanzarini di Bologna e la dott. Emilia Sorrentini di Roma, specialista la prima in clinica pediatrica, cultrice appassionata e valente la seconda in clinica del lavoro e medicina sociale. La Commissione ebbe anche parole di lode e di incoraggiamento per tutte le altre concorrenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

I Accademia di Chirurgia orale Italo-Ungherese.

(Budapest, 14-18 aprile 1927).

Indetta dal prof. Sazbo, direttore di quella Clinica Stomatologica, e per interessamento di Bruno Polacco, stomatologo in Fiume, ha avuto luogo un'accademia di chirurgia orale, nella grande e simpatica metropoli magiara. Vi presero parte un piccolo nucleo di stomatologi italiani (proff. Arlotta, Cavina, Polacco, Grandi, Galassi, Gioia, Poletti) vecchi amici dei colleghi ungheresi, adunati per la partenza nella ospitale casa Polacco.

Come è ben riferito dal prof. Arlotta su « Stomatologia » i nostri colleghi furono ricevuti con la consueta, signorile, sincera ospitalità dai proff. Sazbo, Salomon, Morelli, Sturm, ai quali facevano corona i diversi aiuti ed assistenti di quella Clinica, dove si lavora molto e bene.

Nella prima giornata furono tenute importanti riunioni, durante le quali il prof. Cavina ebbe a dimostrare la sua profonda e quadrata erudizione nella chirurgia orale; il prof. Arlotta espose un interessantissimo caso di corpo estraneo (grosso frammento di parabrise) giunto in vicinanza dell'articolazione temporo-mandibolare in un infortunato d'automobile; Grandi di Trieste un profondo studio sull'actinomicosi endorale; Poletti di Pontremoli un raro caso di tubercolosi della mandibola, con frattura spontanea. Tutte le comunicazioni erano corredate da diapositive, radiografie, fotografie varie. Nella stessa seduta il prof. Ertl Janos fece un'importante relazione sul restauro maxillo facciale, raccogliendo unanime plauso.

Le altre giornate furono impiegate, per disposizione dell'illustre chirurgo, direttore della Clinica, prof. Sazbo in dimostrazioni interessantissime e con interventi chirurgici dal medesimo praticati. Anche il Cavina eseguì una brillante operazione di cisti.

Gli stomatologi italiani furono ricevuti al Ministero dell'Istruzione, dove furono scambiati sentiti discorsi di circostanza, tutti improntati alla profonda amicizia italo-magiara.

All'Hôtel St. Gellert, dimora dei colleghi italiani, fu tenuto il banchetto ufficiale, al quale intervennero anche numerose personalità politiche: brindarono alla comune causa stomatologica e nazionale i proff. Salomon, Cavina, Sturm, Poletti.

I nostri ricambiarono alcuni giorni dopo un suntuoso banchetto al Ritz Dunapalota.

Agli ospiti italiani furono dati privati e ricchi ricevimenti dal prof. Sazbo, dai proff. Morelli, Simon, Takacs, dai colleghi assistenti di Clinica, ed offerto un ricco astuccio contenente diversi strumenti chirurgici.

I nostri stomatologi sono rientrati in Italia, con un nuovo, profondo, graditissimo ricordo e fervidi propositi di collaborazione scientifica.

POLETTI.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione degli anatomici.

Il Congresso dell'Associazione degli Anatomici, diligentemente preparato dall'« Anatomical Society of Great Britain and Ireland », si è tenuto quest'anno a Londra dall'11 al 13 aprile. Numerose comunicazioni, aggruppate per ordine d'affinità, per quanto lo consentiva la varietà delle questioni prese in esame (Anatomia macroscopica, Antropologia, Istologia, Isto-fisiologia) e numerose dimostrazioni speciali, hanno fatto parte del vasto programma di lavoro.

Congresso internazionale di Oftalmologia.

Un'adunanza preliminare di delegati di varie Nazioni si terrà all'Aja nel luglio di quest'anno, per stabilire il programma del futuro Congresso internazionale di Oftalmologia, che si adunerà sotto gli auspici della « Nederlandsch Oogheelkundig Gezelschap ».

Società Internazionale di Idrologia Medica.

Il 3 marzo si tenne una « conversazione » nei locali della Società Medica di Londra. I convenuti furono anche invitati dalla Sezione di Balneologia e Climatologia della Reale Società di Medicina. Ebbero luogo, inoltre, un ricevimento offerto dal presidente e dalla signora Monod e una dimostrazione di epidiascopia da parte di W. J. Lewis Abbott.

Congresso internazionale delle dottoresse in medicina.

È uscito il Giornale Internazionale delle Dottoresse in Medicina, che riporta gli atti del Congresso tenutosi a Praga nell'agosto scorso e nel quale il tema principale di relazione fu « Tuber-

colosi e gravidanza ». Sul tema hanno riferito dottoresse delle varie nazionalità: per l'Italia la dott.sa Clelia Lollini. Le conclusioni sono state molto riservate, come lo richiedeva la difficoltà e la complessità dell'argomento, ma si è notata nelle relatrici una spiccata tendenza a proteggere la vita della madre su quella del feto. La dottoressa Carcupino Ferrari riferì al Congresso sull'attività dell'Associazione Italiana delle Dottoresse in Medicina. L'Italia è stata scelta a sede del prossimo Congresso Internazionale delle Dottoresse in Medicina.

Congresso Panamericano sulla Tubercolosi.

Il I Congresso Panamericano sulla tubercolosi si adunerà a Cordoba (Argentina) dal 10 al 16 ottobre. Affronterà il problema della tubercolosi sotto tutti i lati: biologico, medico ed economico-sociale. Potranno aderire i Governi, istituzioni scientifiche e di beneficenza, la stampa, i medici e tutte le persone o gli enti che abbiano rapporti diretti o indiretti con la tubercolosi. Durante la settimana del Congresso verranno compiute numerose visite a istituzioni ospedaliere, sanatoriali, ecc. La quota fissata è di dieci pesos argentini; essa dà diritto a partecipare ai lavori ed a ricevere gli Atti.

Manifestazione scientifica franco-britannica.

Come abbiamo annunziato, l'Associazione dei chirurgi oto-rino-laringologi della Gran Bretagna ha tenuto a Bordeaux, nella Clinica del prof. Portmann, la sua adunanza annua, sotto la presidenza di sir Saint-Clair Thomson, presidente dell'Associazione stessa nonchè della Società reale di Medicina di Londra.

Congresso francese d'oto-neuro-oculistica.

Il I Congresso delle Società francesi d'oto-neuro-oculistica si adunerà a Strasburgo il 25 e il 26 maggio. Tema all'ordine del giorno: « Il nistagmo »; relatori: Baldenweck (Parigi), Roger (Marsiglia) e Redslob (Strasburgo). Sono già annunziate numerose comunicazioni. Sono in via d'organizzazione varie gite ed escursioni. Tutti i membri delle Società d'oto-neuro-oculistica del Belgio, della Francia, dell'Italia e della Rumania e gli abbonati alla « Revue d'oto-neuro-oculistique » fanno parte, di diritto, del Congresso. Gli altri medici, specialisti o no, che volessero presentare delle comunicazioni sono pregati di comunicarne al più presto il titolo al presidente, prof. Barré, Clinique neurologique, Hôpital Civil, Strasbourg; ovvero al segretario generale, prof. agrégé Velter, 38, avenue du Président Wilson, Paris (XVI^e).

Congresso Oftalmo-oto-rino-laringologico.

La Società Oftalmologica e la Società Oto-Laringologica di Chicago hanno convocato, il 4 e il 5 aprile, un Congresso unico.

Temi di relazione furono: « Alcuni problemi pratici di otolaringologia » (relatore B. R. Shurly, presidente della Società Americana Laringologica, Rinologica e Otologica) e « Applicazioni pratiche della esoproteinoterapia in oculistica » (relatore B. W. Key).

Congresso medico inglese.

La « British Medical Association » terrà il suo 95° Congresso annuo a Edimburgo, durante il mese di luglio. In quell'occasione verrà commemorato il centenario della nascita di Lister; durante la settimana del Congresso, nella biblioteca universitaria verrà aperta una mostra di cimeli listeriani; si prepara anche una pubblicazione dal titolo « Lister Memorial Volume ».

Giornate Mediche d'Egitto.

La « Revue des Maladies des Pays Chauds » organizza le giornate mediche d'Egitto che si terranno al Cairo dal 15 al 24 dicembre.

Sono previste conferenze e comunicazioni sui seguenti temi generali: 1) Malattie dei paesi temperati; questioni medico-chirurgiche d'attualità; 2) Malattie dei paesi caldi: ascesso del fegato, bilharziosi, tripanosomiasi, bottone d'Oriente, lebbra, kala-azar, tracoma, malaria, febbre gialla, febbre maltese, igiene sanitaria. Sono accordati 20 minuti per le conferenze e 10 per le comunicazioni. Il Congresso comprenderà le seguenti Sezioni: Medicina, Chirurgia, Patologia esotica, Batteriologia, Parassitologia, Igiene, Pediatria, Ostetricia, Neurologia, Urologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Dermatologia, Oto-rinolaringologia, Tisiologia, Farmacia, Veterinaria.

Al Congresso sarà unita un'Esposizione internazionale di Arti e Scienze applicate alla medicina, chirurgia, farmacia e igiene sanitaria.

Su presentazione della tessera di congressista aderente o associato, saranno accordate riduzioni di viaggi e facilitazioni.

Lingue ufficiali saranno il francese e l'inglese.

I titoli e i riassunti delle comunicazioni e delle conferenze devono pervenire alla segreteria generale non oltre il 1° ottobre.

Per informazioni e adesioni rivolgersi al segretario generale, Dr. Zeitoun, rue Gay-Lussac 32, Paris (V^e); ovvero al segretario del Comitato locale, Dr. J. Khouri, rue de France 4, Alessandria (Egitto).

Un convegno sull' « inconscio ».

La Società di Igiene Mentale dell'Illinois ha indetto, dal 29 aprile al 1° maggio, un « symposium » sull'« inconscio ». Il programma è molto esteso: alienisti e psicologi di valore recano il proprio contributo alla discussione.

Conferenza di un clinico argentino.

Nell'aula della Clinica medica di Roma, il prof. Staffieri, clinico medico di Rosario (Repubblica Argentina), presentato dal prof. Vittorio Ascoli, direttore della Clinica Romana, ha tenuto una dotta lezione sull'albuminuria ortostatica.

Lo scelto e numeroso uditorio ha seguito con grande interessamento la parola del prof. Staffieri che ha rivelato tutta la sua competenza e le sue rare qualità di clinico dotato di vedute ampie e di solida cultura.

Il prof. Staffieri è stato applauditissimo ed ha riscosso i più vivi rallegramenti.

All'Istituto Sieroterapico Milanese.

L'Istituto Sieroterapico Milanese ha organizzato un ciclo di conferenze che si tengono dal 20 aprile al 17 maggio nell'Aula dell'Istituto stesso (via Darwin 20) sui « Fattori di guarigione spontanea delle malattie infettive ». Docenti sono i proff. Alberto Pepere (Milano), Rodolfo Krauss (Vienna), Guido Vernoni (Cagliari), Serafino Belfanti (Milano), Arnaldo Trambusti (Genova), Carlo Francioni (Bologna), Piero Rondoni (Milano), Amilcare Zironi (Milano), Claus Schilling (Berlino).

Corso teorico pratico sulla tubercolosi a Bologna.

Dal 21 maggio al 25 giugno p. v. per iniziativa della Sezione Provinciale Bolognese dell'Associazione Nazionale Antitubercolare Medici Condotti (A.N.A.M.C.) si terrà presso la R. Clinica Medica di Bologna un corso teorico-pratico sulla tubercolosi.

Le lezioni, con fini eminentemente pratici, saranno impartite dai sigg. professori e docenti della R. Università, particolarmente versati nella materia e comprenderanno argomenti di tisiologia e delle branche più affini. Il prof. Giacinto Viola, direttore della Clinica Medica, terrà la prima lezione il 21 maggio.

Il corso potrà essere frequentato, oltre che dai medici condotti della provincia di Bologna, da medici e da studenti che ne facciano domanda i quali potranno anche conoscere il dettagliato programma richiedendolo alla sede dell'Associazione (Bologna, piazza Galvani, 1).

Alla fine del corso sarà rilasciato un diploma di frequenza.

Un corso di bibliografia medica.

Il « Long Island College Hospital » di Brooklyn ha organizzato un corso sulla bibliografia medica, affidandolo al sig. Charles Frankenberger, bibliotecario della « Medical Society of the County of Kings ». Il corso si è iniziato il 5 marzo. In esso s'insegna il valore della bibliografia medica; come raccoglierla; come utilizzarla col massimo rendimento.

Scambio di studenti di medicina tropicale.

Tra l'Istituto Ross di Medicina Tropicale di Londra e il Dipartimento di medicina tropicale della Tulane University di New Orleans, si è addivenuti ad una convenzione per lo scambio di studenti. La convenzione è stata promossa da Aldo Castellani, che fu direttore effettivo dell'Istituto Ross e continua ad esserne direttore onorario e che è ora capo del Dipartimento di medicina tropicale della Tulane University.

Propaganda igienico-sanitaria mediante la radio.

Il Comitato per la propaganda, costituito in seno alla Società Medica del Maryland, ha disposto una serie di conferenze d'indole igienico-sanitaria, le quali vengono diffuse dalla stazione W C A O di Baltimora tutti i lunedì alle ore 20. Segnaliamo i temi seguenti: gen. C. D. Gaither (della polizia di Baltimora), sugli accidenti automobilistici (7 marzo); dott. V. L. Ellicoth, sulla polmonite (14 marzo); dott. L. V. Hammon, sulla tifoide (21 marzo); e così via.

Esami medici periodici in Germania.

Un Ufficio centrale per gli esami medici periodici è stato istituito da cinque delle maggiori Compagnie tedesche d'assicurazione sulla vita, col concorso di alcuni Servizi sanitari pubblici. La direzione ne è affidata al dott. Otto Neustätter, segretario generale del Comitato federale per la educazione igienica del pubblico. La sede centrale dell'Ufficio è a Berlino; esso avrà numerose dipendenze in altri centri.

Chirurgi inglesi in America.

La Sezione di Chirurgia della Reale Società di Medicina dell'Inghilterra ha organizzato un viaggio negli Stati Uniti e nel Canadà; esso avrà inizio il 23 luglio.

Possono parteciparvi anche le mogli dei soci, come pure i soci di altre Sezioni, se accettati dal Comitato del viaggio, nonchè medici non iscritti alla Società, se raccomandati da due membri della Sezione e accettati dal Comitato.

Museo svizzero di storia della medicina.

Il dott. G. A. Wehrli, docente privato di storia della medicina all'Università di Zurigo, è venuto raccogliendo nel corso di dieci anni un copioso materiale per la fondazione di un museo svizzero di storia della medicina. Esso verrà installato nei nuovi edifizi universitarî; comprenderà strumenti di chirurgia, oftalmologia, otologia, odontologia, e documenti relativi alla psichiatria, alla farmacia, alla veterinaria, ecc.; ne faranno parte sezioni di medicina domestica, popolare e ciarlatanesca. Il museo sarà a disposizione dei medici ed aperto al pubblico; adempirà scopi scientifici, didattici e di propaganda.

Dispensario elettro-radiologico a Parigi.

Il prefetto della Senna ha istituito un dispensario pubblico di elettro- e radiodiagnosi e terapia in rue Vercingétorix, n. 189; esso è il terzo del genere a Parigi. I tre dispensarî municipali di elettro-radiologia integrano l'opera di quelli ospedalieri e dell'Istituto del radium (fondato

sotto gli auspicî dell'Università e dell'Istituto Pasteur e diretto dal dott. Regaud), nonchè di numerosi istituti privati e case di cura. Essi prestano la loro opera a prezzi ridotti, e agli indigenti anche gratis; si richiede il certificato del medico curante.

Nella Croce Rossa Italiana.

Con R. Decreto-legge 14 aprile 1927, n. 503, il Comitato centrale ed il Consiglio direttivo della Associazione della Croce Rossa Italiana sono sciolti. Si stabilisce che sarà nominato un Commissario straordinario il quale eserciterà tutte le funzioni attribuite al Presidente generale, al Comitato centrale ed al Consiglio direttivo della Associazione.

È data facoltà al Commissario straordinario di dispensare dal servizio il personale dell'Associazione, di qualunque ufficio e grado, e provvedere ai posti eventualmente vacanti, fissandone le norme anche in deroga a qualsiasi disposizione di legge o di regolamento generale e speciale.

Resta, però, vietato ogni aumento dell'onere globale risultante alla data di entrata in vigore del presente decreto, complessivamente per stipendi e pensioni.

Il personale dispensato sarà ammesso a liquidare la pensione od indennità spettantegli a termini di legge o dei regolamenti organici.

Contro i provvedimenti è ammesso ricorso soltanto per legittimità al Consiglio di Stato o in via straordinaria al Re escluso qualsiasi altro ricorso così in sede amministrativa come in sede giurisdizionale.

Successivamente è stato nominato Commissario straordinario il dott. gr. uff. Pio Marta, segretario generale al Ministero delle Corporazioni.

Elargizioni e lasciti.

L'on. avv. Vincenzo Ianfolla, accompagnato e presentato dall'on. Sansanelli segretario politico della Federazione napoletana, ha versato la somma di L. 1,940,000 posta a disposizione dell'on. Mussolini dal conte Francesco Matarazzo.

Il Primo Ministro ha gradita la generosa e nobile offerta dell'illustre italiano residente in San Paulo ed ha voluto che le L. 500,000 destinate per volontà, espressa del donatore a *Il Popolo d'Italia*, fossero invece così distribuite: L. 50,000 al Comitato provinciale romano dell'Opera Nazionale per l'assistenza civile e religiosa degli orfani dei morti in guerra; L. 25,000 per opere benefiche per la città di Zara; L. 25,000 allo stesso scopo per la città di Fiume; L. 300,000 per opere assistenziali del Partito Nazionale Fascista e precisamente per le colonie montane e marine della prossima estate e L. 100,000 per opere varie e minori di assistenza e beneficenza che già da tempo attendevano la personale protezione del Capo del Governo.

L'on. Mussolini ha poi assegnato la restante somma di L. 1,400,000 nel seguente modo: lire 100,000 alla « Dante Alighieri » in conformità del desiderio espresso dal conte Matarazzo; L. 140,000 al Campo Sportivo del Littoriale e Vomero di Napoli; L. 200,000 all'Opera Nazionale per la Maternità ed Infanzia; L. 400,000 all'Opera Nazionale Balilla; L. 100,000 per la lotta antimalarica e L. 500,000 ai consorzi antitubercolari delle provincie meridionali e delle Isole.

Per onorare la memoria del sommo clinico Antonio Cardarelli, che prima di morire gli aveva rivolto analoga preghiera, il Capo del Governo ha assegnato la somma di 200.000 lire all'Ospedale Civile di Campobasso.

La signora Emilia Castoldi, moglie del noto scrittore militare col. Angelo Gatti, ha lasciato la sua sostanza, calcolata in oltre sei milioni, all'Ospedale Maggiore di Milano, con l'usufrutto al marito; in parte saranno destinati alla erezione di un padiglione nel nuovo Ospedale.

L'industriale gr. uff. Carlo Pastorino, morto a Genova, ha lasciato tre milioni agli Ospedali Civili di questa città.

Fondazione Nathan Allen-Luigi Devoto.

Con R. D. 20 gennaio 1927, n. 275, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 62, 16 marzo 1927, su proposta del Ministro per la P. I., la Fondazione « Nathan Allen-Luigi Devoto », istituita presso gli Istituti clinici di perfezionamento di Milano, viene eretta in Ente morale e ne è approvato il relativo statuto.

Commemorazione di Leonardo Bianchi.

Il 23 febbraio il prof. Ernesto Tramonti ha commemorato, a S. Paolo del Brasile, il grande frenologo italiano Leonardo Bianchi, spentosi pochi giorni prima. Un pubblico numerosissimo, nel quale erano non poche distinte personalità della scienza medica brasiliana, ascoltò attentamente la parola calda, commossa, elevata, del prof. Tramonti, che fu molto applaudito.

Il centenario di Villemin.

Si è costituito un comitato per celebrare nel prossimo ottobre, sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica Francese e sotto la presidenza onoraria del ministro della guerra, il centenario della nascita del dott. Villemin, il quale, com'è noto, dimostrò per primo — nel 1865 — l'inoculabilità della tubercolosi e da questa scoperta trasse tutte le conseguenze d'ordine profilattico che comportava e che la scoperta di Koch — avvenuta nel 1882 — doveva poi confermare. Il Villemin fu medico militare; insegnò al Val-de-Grâce.

Il centenario di Bright.

Nel mese di luglio il « Guy's Hospital » di Londra celebrerà il centenario della « relazione di

casi medici » di Richard Bright, che fu addetto a quell'ospedale dal 1820 al 1843, quando egli si ritirò, divenendone consulente onorario. Sono stati diramati inviti a personalità eminenti di tutte le parti del mondo per le cerimonie.

Fondo di soccorso per medici in Inghilterra.

L'ufficio direttivo dell'Associazione Medica Britannica costituì, circa un anno e mezzo addietro, un Comitato per la raccolta di fondi destinati a sovvenire i medici in condizioni di bisogno, come pure le loro vedove e gli orfani di medici. Il « British Medical Journal » rileva che i mezzi a disposizione si dimostrano del tutto inadeguati ai bisogni venuti alla luce e annunzia che verrà svolta un'azione metodica ed organica per accrescere i fondi disponibili.

Esposizione di medici artisti.

All'Accademia Medica di New York sono state esposte circa 300 opere artistiche di 75 medici; l'esposizione comprende quadri a olio, acquarelli, sculture, intagli, ecc.

Paesi privi di medici negli Stati Uniti.

Secondo un'inchiesta fatta dall'Ufficio Sanitario dello Stato del Conecticut, il 30 % dei villaggi in questo Stato sono senza medici. Tra i villaggi che contano meno di 1000 aibtanti, quelli privi di medici raggiungerebbero la proporzione dell'80 %.

I medici che contano meno di 25 anni di età sono solo 5 e abitano tutti in città superiori a 25.000 abitanti; tra 25 e 29 anni si trova incirca una distribuzione uniforme dei medici tra città e campagne; i medici anziani abitano di preferenza le città; quelli intorno a 65 anni si trovano per la massima parte in centri di 4000-25.000 ab.; 2 soli medici hanno superato 80 anni e vivono in due delle più grandi città dello Stato.

La peste nelle Indie Olandesi.

La « Chicago Tribune », edizione di Parigi, ha dall'Aja: Un dispaccio ricevuto dalle Indie Olandesi riferisce che una epidemia di peste vi infierisce da otto settimane. Essa ha causato già la morte di 1388 persone.

Un'epidemia di tifoide a Montreal.

Un'epidemia esplosiva di tifoide si è prodotta a Montreal (Canadà) a partire dal 4 marzo. Il 18 marzo erano registrate varie centinaia di casi (di cui 88 il 18 marzo).

Ingrandimento dell'Ospedale Bellevue di New York.

Il 24 gennaio u. s. vennero inaugurati i nuovi locali del « Bellevue Hospital » di New York; essi contengono 580 letti, di cui 96 per tubercolotici; il costo è risultato di circa 4 milioni di dollari, ossia circa 80 milioni di lire it.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Ricordiamo l'importantissimo

Prontuario Terapeutico

Vademecum per il pratico

del dott. EDMONDO VENEZIAN

degli Ospedali Riuniti di Roma

con introduzione del prof. UBERTO ARCANGELI

DOCENTE DI CLINICA MEDICA NELLA R. UNIVERSITÀ - MEDICO PRIMARIO AL POLICLINICO UMBERTO I, IN ROMA.

Nella Prefazione dell'Autore, che qui sotto riportiamo, sono spiegati i criteri e gli scopi che hanno guidato il dott. Venezian nella compilazione del volume. Essi pertanto danno un'idea esatta della grande utilità che ha questo « Prontuario » per l'esercizio del medico pratico.

PREFAZIONE.

L'idea di questo libro mi sorse alcuni anni or sono durante un servizio di condotta nel quale potei constatare la difficoltà di prescrivere cure adatte ai differenti casi che si presentano nella pratica quotidiana, quando il medico non abbia a sua disposizione un manuale da consultare per ricordare dati, cifre, formole, che non possono essere affidate permanentemente alla memoria. Riconobbi così la necessità di compilare un formulario per mio uso e vi raccolsi e registrai quante notizie mi parvero utili per aiutarmi nelle prescrizioni urgenti, da farsi al letto del malato.

Dopo averne sperimentato il beneficio, pensai come potesse essere di interesse generale ricavarne una pubblicazione, di cui tutti i medici pratici potessero giovarsi nel loro diuturno esercizio.

Il solerte editore, cav. Pozzi, a cui esposi la mia idea, la accolse benevolmente. Completata e ordinata quindi la materia nel modo che mi parve il più acconcio per rendere facili le consultazioni, presento ora il libro ai colleghi e confido in una favorevole accoglienza, che mi dimostri di non aver fatto opera vana.

Le parti sostanziali del manuale sono comprese nel 1°, nel 7° e nell'8° capitolo. Nel primo sono elencati in ordine alfabetico i medicamenti più in uso, ricordando per ciascuno di essi, più o meno diffusamente a seconda della loro importanza, i caratteri fisico-chimici, le proprietà farmacodinamiche, le indicazioni e controindicazioni più comuni, la posologia e, per alcuni, anche le possibili azioni tossiche. Le dosi sono espresse, salvo speciale menzione, in grammi e son riportate in genere quelle singole e quelle giornaliere: le dosi massime sono contrassegnate da un ! ; accanto alle dosi sono elencate le forme ordinarie di somministrazione e talvolta in corsivo e fra parentesi quadre, sono riportate utili formule. Il solvente per i farmachi da usare in soluzione s'intende, in mancanza di menzione espressa, essere l'acqua. Per alcuni medicamenti di particolare importanza nella cura di determinate malattie (es. chinino, mercurio) sono aggiunte pure speciali norme di somministrazione. Una breve appendice al capitolo riunisce poi in una tabella le più importanti incompatibilità medicamentose.

Al cap. 7° trovasi l'indice, pure alfabeticamente ordinato, dei sintomi e malattie più comuni, e per ciascuna di esse sono indicati degli schemi terapeutici e i medicamenti da usare, per le cui notizie si fa riferimento all'indice precedente.

Nel cap. 8° è raccolta una breve serie di formule opportunamente scelte fra quelle proposte dai clinici più autorevoli.

Le ricerche, che più interessano, sono quindi da farsi nei due indici e nel ricettario; esse sono facilitate dall'indice generale dei nomi, che chiude il volume, e nel quale è fatto riferimento alle pagine dove i farmachi, le malattie, i sintomi sono particolarmente menzionati.

Per completare le notizie utili, in due separati capitoli, 2° e 3°, è fatta menzione rispettivamente dei sieri e vaccini e dei preparati opoterapici, accennando al modo di agire, alle indicazioni, alla posologia delle sostanze in questione, e includendo anche, in una breve appendice al 2° capitolo, brevi accenni alle tubercoline, alla proteinoterapia aspecifica, ai fermenti.

Il 4° capitolo dedicato alla dietoterapia, comprende alcune tabelle sulla composizione chimica degli alimenti, pochi cenni sulle diete d'uso corrente, e notizie schematiche sull'alimentazione del bambino e sull'alimentazione rettale.

Sono ancora ricordati nel 5° capitolo i mezzi di terapia fisica più alla portata del medico pratico: l'idroterapia, la crenoterapia, l'elioterapia. Per quanto riguarda la crenoterapia si sono raggruppate in apposita tabella le acque minerali italiane più notevoli, classificate secondo la loro composizione, proprietà e indicazione.

Inoltre nel cap. 6° si è creduto opportuno rammentare quelle nozioni di tecnica terapeutica, che meglio possono giovare nei casi di urgenza, non trascurando di aggiungervi alcune formule per i medicamenti più usati nelle varie operazioni.

Infine si trovano, in appendice al volume, alcune tabelle di urgenza, di cui quella sulle dosi permette un rapido orientamento nella posologia dei farmachi d'uso comune; un breve elenco di medicamenti nuovi e specialità, e un indice di luoghi di cura italiani per tubercolotici.

Non posso chiudere queste brevi note senza inviare un vivo ringraziamento a quanti, amici e colleghi, mi hanno aiutato a portare a termine questo lavoro. Ma in particolare debbo rivolgere l'espressione della mia riconoscenza all'illustre maestro prof. Uberto Arcangeli, del quale mi onoro di essere stato alunno ed assistente, per aver egli voluto cortesemente presentare al pubblico il mio prontuario: nè tanto gli sono grato delle benevoli parole usate al mio riguardo, quanto di aver voluto con una rapida visione sintetica sugli indirizzi della moderna terapia dar pregio al libro e animare le sue aride pagine.

Gennaio 1925. E. V.

Un volume di pag. VIII-324, in formato tascabile, nitidamente stampato ed artisticamente rilegato in tela inglese, con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **25**, più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. **22.50**, in porto franco.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo « per l'Ufficio postale Succ. diciotto », ROMA.
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.

ANNO XXXIV Roma, 16 Maggio 1927 Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ.

Il centro anticanceroso. Suo compito nella lotta contro il cancro.

Dott. F. SLUYS - Istituto del Radium di Bruxelles.
Dott. G. CHIZZOLA - Gabinetto di Radiologia - Ospedale Civile di Udine.

Tutte le statistiche recenti continuano a denunciare un aumento costante e progressivo della frequenza del cancro e questo in tutti i Paesi con variazioni più o meno notevoli fra l'uno e l'altro, ma corrispondente in media a circa il 2 % per anno. Attualmente si calcola che la mortalità per cancro oscilli in media fra il 7 ed il 9 %: la statistica svizzera ad esempio dà per il 1920 il 9.3 % di mortalità per cancro e quella di Parigi del 1922 l'8.8 %. Sono cifre certo impressionanti, ma noi riteniamo che l'aumento della morbilità e della mortalità per cancro, segnalato da tutte le statistiche, deve essere considerato come relativo e contingente e che le cifre più elevate oggi ottenute grazie al migliorarsi dell'organizzazione statistica e grazie al progresso degli studi e dei mezzi d'indagine, tendono soltanto ad avvicinarsi alla cifra esatta della frequenza della malattia. I dati statistici che noi possediamo ci indicano ad ogni modo quale grande importanza abbiano sia dal punto di vista nosologico che sociale i tumori maligni e sopratutto permettono di attirare l'attenzione del pubblico e dei Governi sulla necessità di combattere efficacemente delle cause di morte così gravi.

Il problema della lotta contro il cancro è vasto e complesso e a ragione appassiona quanti si rendono conto della sua grande importanza sociale. Non sono molti anni che contro il male misterioso ed implacabile si è iniziata l'organizzazione di una opera attiva e sistematica di studio e di lotta allo scopo di dominarlo. Quest'opera altamente umanitaria, che è si può dire la più importante caratteristica dell'attuale periodo della medicina, si deve svolgere sotto vari aspetti ed è di necessità, come il problema che essa si propone di risolvere, complessa.

In questo campo la Lega Franco-Anglo-Americana per la lotta contro il cancro ci offre un bell'esempio di organizzazione: essa dovrebbe es-

sere nota in tutti i particolari in ogni Paese. Ricordiamo brevemente che questa Lega benemerita sovvenziona i laboratori nei quali si studiano metodicamente i problemi che riguardano i tumori maligni. Insegna al pubblico, con tutti i mezzi di volgarizzazione, i primi sintomi del cancro, i segni in qualche modo sospetti che devono far accorrere l'individuo che li presenta al medico, affinchè il male possa essere presto individuato. Attira l'attenzione del mondo medico e paramedico sull'importanza della diagnosi precoce, che può salvare o prolungare migliaia di esistenze. Dispone di letti destinati ai cancerosi in numerosi Ospedali. Organizza dei Comitati di dame visitatrici che s'occupano in modo veramente lodevole e proficuo degli ammalati negli Ospedali e presso le famiglie e seguono (particolare questo della più alta importanza) i cancerosi dopo i trattamenti subiti negli Istituti speciali. La Lega dà infine ogni sua attività per la creazione di Istituti destinati allo studio e alla cura del cancro.

S'è constatato in realtà che per combattere efficacemente era indispensabile istituire degli organismi particolarmente specializzati e il più possibile adatti al compito. Questi organismi sono i centri anticancerosi. L'attività di queste istituzioni è in continua evoluzione, si perfeziona e progredisce, col perfezionarsi dell'organizzazione, dei mezzi tecnici e con il progredire degli studi e delle cognizioni nostre, con l'aumentare infine delle risorse finanziarie. Non bisogna dimenticare infatti che la lotta contro il cancro è anche una lotta molto costosa e richiede generosità e abnegazione.

L'orientazione nuova dell'opera di un centro di lotta contro il cancro deve compiersi secondo criteri razionali ed in base all'esperienza propria ed altrui sul lavoro compiuto. Per questo noi pensiamo che è utile gettare uno sguardo sulla via percorsa ed, esaminando in particolare il lavoro compiuto dall'Istituto del Radium di Bruxelles, primo centro anticanceroso del Belgio, e da altri Istituti dello stesso tipo, esporre le idee che un tale esame suggerisce. L'Istituto del Radium di Bruxelles, che si può ritenere un modello del genere, è stato creato in base al principio di essenziale importanza che ogni centro di lotta contro il cancro deve riunire in un solo stabilimento non soltanto tutte le armi e ogni apparecchio più perfezionato, ma anche gli uomini competenti e una organizzazione completa sotto ogni riguardo. Questa ci appare veramente come condizione indispensabile per una lotta efficace.

La lotta contro il cancro deve farsi con un indirizzo del tutto particolare e deve anzitutto fondarsi su due solidi pilastri: d'una parte sulla creazione di un'organizzazione che permetta la diagnosi precoce, alla quale deve essere offerta ogni possibilità con lo scopo di arrivare a raggiungere i cancerosi quando il loro male è ancora curabile, e d'altra parte sul centro anticanceroso, istituto di cura e di studio.

In effetto sebbene noi non conosciamo nulla o quasi nulla sulle origini del cancro, sulla sua trasmissibilità, sull'eredità, sulle cause reali che ne determinano l'insorgenza ecc., per uno strano ravvicinamento d'idee la lotta contro il cancro in molti paesi è intrapresa imitando nei suoi metodi, nella sua propaganda e nel suo piano generale la lotta contro le malattie infettive e particolarmente la lotta contro la sifilide e la tubercolosi.

Ora bisogna riconoscere che le armi che noi possediamo per la lotta contro il cancro sono del tutto differenti e quindi differenti i nostri mezzi d'azione, per cui la lotta nel suo insieme dev'essere completamente diversa da quella che si intraprende contro le malattie infettive.

La lotta contro il cancro deve essere ben definita e tendere:

1) a una propaganda destinata a scoprire gli ammalati il più rapidamente possibile, quando il cancro è nel suo primo stadio, unico momento nel quale le armi oggi a nostra disposizione possono riuscire sicuramente efficaci;

2) alla canalizzazione degli ammalati verso il luogo, il centro anticanceroso, nel quale si trovano riuniti l'attrezzamento sufficiente e gli specialisti esperti del trattamento e formati alle tecniche e ai metodi più perfezionati;

3) allo studio del cancro con la speranza di potere, in un avvenire più o meno lontano, veder chiaro in questo problema sul quale tanti punti sono ancora misteriosi.

Tutte le misure profilattiche sono inefficaci in cancerologia. La propaganda nel pubblico dovrà limitarsi dunque ad attirare l'attenzione sui segni d'allarme, gli stati precancerosi, ad estirpare le idee errate, che sono legione, sopratutto su quanto riguarda il contagio, a lottare contro il dogma dell'incurabilità e a combattere energicamente il ciarlatanismo e i metodi impiegati a scopo lucrativo o semplicemente per ignoranza, metodi la cui efficacia è nulla, ma che fanno perdere un tempo prezioso.

La diagnosi precoce, come ognuno sa, è la base essenziale per una lotta reale. La diagnosi precoce non può farsi se non alla condizione che il medico pratico riceva per questo scopo tutte le istruzioni e tutti i mezzi d'azione: precisamente su questo punto le leghe contro il cancro e le associazioni similari devono dimostrare un'attività tutta particolare, dando ai medici la possibilità di fare correttamente delle biopsie.

Devono essere loro forniti i tubi contenenti i li-

quidi fissatori correttamente titolati (ad esempio il formolo al 10 %), tubi imballati e chiusi in modo pratico in maniera che possano essere inviati per posta senza rischio di rottura. Si può calcolare che attualmente i pezzi di biopsia arrivino ai laboratori di ricerche istologiche in una percentuale superiore alla metà in condizioni tali da renderne impossibile l'esame, perchè posti o in alcool ad una graduazione sbagliata, o in formalina a diluizione troppo debole, o in altri fissatori assolutamente non appropriati o perchè giungono addirittura in tubi vuoti per rotture. Come ognuno comprende questa è una deficenza grave.

I laboratori devono dare nel tempo più breve possibile, ed in ogni caso in meno di otto giorni, una risposta chiara e precisa con indicazioni e consigli discreti per un orientamento del medico sul malato.

In tutti i paesi civilizzati esiste attualmente un considerevole numero di laboratori che possono dare rapidamente delle diagnosi istologiche. Laboratori comunali, provinciali, universitari, governativi, tutti devono tendere la mano alla lega contro il cancro e aiutare efficacemente il medico pratico e il centro anticanceroso che sono i due veri pilastri che sostengono l'edificio.

Nell'inviare il tubo di biopsia il medico vi unirà un piccolo protocollo dettagliato, che rappresenterà la risposta ad un questionario sulla localizzazione del tumore, l'aspetto particolare della lesione, il mestiere dell'ammalato, l'età ed altre informazioni utili. Le indicazioni che oggi si uniscono sono generalmente del tutto insufficienti.

Il risultato dell'esame istologico, se è positivo, deve costituire un documento che permetterà al medico d'agire prontamente, cioè di dirigere il suo malato verso un centro anticanceroso, il più vicino, vale a dire verso l'istituto nel quale sono concentrate tutte le possibilità di trattamento dei tumori maligni.

Oggi si può calcolare che trascorrono purtroppo settimane ed anche parecchi mesi tra il momento in cui è posta la diagnosi di tumore maligno ed il momento in cui si inizia un trattamento adeguato. Ora bisogna arrivare a ridurre tale periodo al massimo a otto giorni. È evidente che la precocità della diagnosi, condizione *sine qua non* per una lotta efficace, perde tutto il suo valore se le pratiche amministrative fanno poi subire del ritardo agli ammalati.

Succede troppo spesso che questi ammalati soggiornino negli ospedali molto bene attrezzati dal punto di vista della medicina generale, della chirurgia e delle diverse specialità, ma che possiedono un armamento anticanceroso incompleto o insufficiente. I medici di questi ospedali intraprendono ugualmente, ma senza entusiasmo, un trattamento che ha come conseguenza di compromettere il risultato che una cura più energica potrebbe dare. In tal modo ogni beneficio di una selezione precoce è distrutto.

Gli uomini capaci di trattare correttamente i tumori maligni, che hanno le nozioni sufficienti e che si sono approfonditi nella questione sono numerosi, ma sono sparsi negli istituti universitari, negli ospedali, in servizi diversi. La maggior parte si lamenta di essere ostacolata nella loro azione dalla mancanza di mezzi materiali. Le loro tecniche insufficienti dànno dei risultati precari il cui risultato è lo scoraggiamento e lo scredito di metodi eccellenti. In conclusione in tali ambienti si finisce col lavorare male e senza collegamento, senza una stretta collaborazione, mentre la concentrazione in un solo istituto di tutto lo sforzo umano e finanziario darebbe pieno rendimento e immediatamente trasformerebbe, migliorandola, la lotta contro il cancro. Inoltre di fronte alle prove d'efficacia dei metodi combinati, specie di strategia anticancerosa, si vedrebbe mutare l'opinione nel pubblico e tra quei medici che, forse per una insufficiente conoscenza, sono ancor scettici.

L'organizzazione d'un centro seriamente organizzato che dia rapidamente sicuro e pieno rendimento e che serva di modello agli altri centri dimostrerà la efficacia di quei metodi che non possono essere realizzati e non riescono se non per una perfetta collaborazione e grazie a delle tecniche precise adattate ad ogni caso particolare.

Il centro anticanceroso costituisce, a nostro avviso, nel suo insieme l'arma unica e più sicura contro il cancro.

I centri anticancerosi non devono essere molto numerosi, ma devono essere molto bene organizzati e attrezzati, provvisti di personale medico e subalterno di primo ordine e devono ricevere dei sussidi sufficienti. È necessario, anche per una grande nazione, possederne all'inizio *uno solo.* Questo centro non sarà soltanto un centro *di diagnosi,* un centro *di cura,* un centro *di propaganda e di studi cancerologici,* ma anche un centro *di insegnamento* in cui dei gruppi di medici saranno addestrati a questa strategia complessa contro il cancro e quando ne saranno ben padroni e conosceranno a fondo ogni lato del problema, allora solo si potrà pensare ad istituire nuovi centri i quali saranno fin dall'inizio molto meglio organizzati per la lotta.

Il centro anticanceroso, come abbiamo già accennato, deve concentrare gli ammalati da vaste regioni. Non vi è alcuna seria difficoltà perchè ciò possa avvenire. I cancerosi curabili non sono mai degli intrasportabili, ma possono bensì muo-

versi da sè, prendere il treno e sopportare il viaggio fino al centro anche se questo è discretamente lontano. Dunque il disporre in un primo periodo di uno solo e successivamente di pochi centri anticancerosi non è un difetto: il soccorso è assicurato dalla bontà, dall'efficenza dell'organizzazione dell'Istituto, l'essenziale è che gli ammalati vi siano indirizzati rapidamente e rapidamente vi possano giungere. Non bisogna dimenticare che si tratta di un'opera umanitaria di valore eminentemente sociale, quindi essa deve essere favorita da opportune provvidenze amministrative, così, per esempio, per il trasporto degli ammalati dovrebbero essere stabilite speciali facilitazioni ferroviarie.

Il sistema che noi preconizziamo è veramente un sistema di centralizzazione, perchè siamo profondamente convinti dei grandi vantaggi che esso offre. Un tale sistema permetterà anzitutto di formare perfettamente l'educazione dei medici, poichè sarà possibile studiare ammalati in serie molto grandi e fare dei trattamenti comparabili su casi comparabili: così soltanto si potrà trarre delle conclusioni sicure e vantaggiose per l'avvenire. Una grande concentrazione di ammalati permetterà inoltre la standardizzazione di certi metodi e ciò darà un addestramento perfetto e rapido dei medici ed una precisione sempre maggiore nell'assistenza e nella collaborazione da parte del personale subalterno.

Tutto ciò di conseguenza permette di realizzare una intensificazione di lavoro, un rendimento molto migliore ed una grande economia rispetto a quanto avviene nei piccoli centri e nelle piccole cliniche sparse qua e là.

Il lavoro per gruppi, quale noi stiamo definendo, non è possibile che nei centri anticancerosi cioè in istituti particolarmente specializzati per questa lotta.

Il trattamento del cancro attualmente non può essere fatto che in base ad un principio razionale di collaborazione perfetta che deve fondarsi sulla triade seguente: specialista (chirurgo, ginecologo, urologo, otorinolaringoiatra, ecc.), laboratorio e radiologo.

Per ogni ammalato l'esame deve essere fatto dallo specialista, con tutti gli ausili di laboratorio necessari, in presenza del radiologo e una decisione, un programma d'azione, un vero piano d'attacco deve essere d'accordo stabilito per ogni malato in particolare, basandosi naturalmente sulle direttive generali e sulle idee che dominano nel centro, ma adattate nei particolari al caso singolo.

Questo lavoro simbiotico, ad esempio, ha portato ai più brillanti risultati nel trattamento del cancro inoperabile del collo uterino. Attraverso tentativi e adattamenti successivi si è giunti ad una tecnica radio-chirurgica che attualmente all'Istituto del Radium di Bruxelles dà veramente ottimi risultati. Erano stati fatti i primi tentativi praticando contemporaneamente le applicazioni vaginali ed endoaddominali, disponendo con queste, previa laparatomia, dei focolai radioattivi a livello delle vie linfatiche. I risultati nel complesso non furono soddisfacenti. Venne allora modificato il procedimento, facendo dapprima il trattamento vaginale seguito a breve distanza dalle applicazioni transaddominali. I risultati così migliorarono sensibilmente. Infine questi divennero eccellenti facendo seguire il trattamento uterovaginale a lunga distanza (2 mesi) dal trattamento transaddominale. Questa linea di condotta è contraria in realtà al principio generale, del quale del resto noi siamo convinti sostenitori, di cominciare dalla periferia e di attaccare in seguito il tumore principale, ma nel campo ginecologico l'esperienza ha dimostrato che bisognava agire diversamente, per ragioni ed esigenze cliniche particolari. In effetto quando il tumore è aperto in vagina i pericoli d'infezione sono gravi; bisogna dunque anzitutto far cicatrizzare le lesioni ulcerate del collo e non passare alle applicazioni addominali se non quando i fenomeni di infezione secondaria siano scomparsi.

La diagnosi di tumore maligno dovrà essere quanto più è possibile precisa e completa e la cura, dato che non esiste alcun rimedio specifico, sarà costituita da un insieme di mezzi e di tempi (chirurgici, Roentgen-radiumterapici ecc.), adattati opportunamente ad ogni ammalato e alla localizzazione ed estensione del neoplasma. Lo specialista controllerà i risultati e terrà continuamente al corrente il radiologo ed il laboratorio degli eventuali incidenti consecutivi al trattamento. Lo specialista stesso domanderà, ogni volta giudicherà ciò necessario, dei nuovi consulti col radiologo ed il direttore del laboratorio, il chirurgo o altri capi-servizio a seconda del bisogno. Ogni specialista terrà inoltre il radiologo ed il laboratorio al corrente delle novità e di quei dettagli della sua specialità, che sono in rapporto col trattamento dei tumori maligni o con particolari tecniche sperimentate in altri centri e in altri Paesi.

Abbiamo parlato genericamente di laboratorio, ma è qui opportuno specificare il nostro concetto a questo proposito. Noi pensiamo che il centro anticanceroso debba disporre di due laboratori distinti: uno deve essere messo a diretto servizio della clinica e dovrà essere fornito d'ogni mezzo di ricerche a scopo diagnostico (ricerche ematologiche, sierologiche, istologiche, ecc.), in modo da rispondere il più rapidamente possibile ad

ogni domanda di accertamento o di controllo anche per gli ammalati che si presentano agli ambulatori dell'Istituto, l'altro sarà organizzato in modo da servire alle ricerche sul cancro e sarà fornito di materiale e di animali da esperimento. Il primo sarà un laboratorio prevalentemente di sussidio diagnostico, il secondo sarà invece un laboratorio di studio scientifico e sperimentale; tutti e due devono offrire ad ogni medico dell'Istituto la più cordiale collaborazione ed il più sincero aiuto per la soluzione di problemi diagnostici o per lo studio di questioni riguardanti il complesso argomento dei tumori maligni (biologia sperimentale dei tumori, genesi sperimentale, evoluzione del processo neoplastico, reazione dei tessuti di fronte al neoplasma, modificazioni umorali e funzionali dell'organismo, evoluzione clinica ecc. ecc.). Aggiungiamo che oltre a questi due laboratori il centro anticanceroso deve disporre di un gabinetto per Roentgendiagnostica: la sua importanza appare evidente.

Il lavoro in comune ed in stretta unione non deve dunque essere soltanto una collaborazione per arrivare al perfezionamento di tecniche complicate e delicate, ma altresì nello stesso tempo un mezzo per realizzare un insegnamento reciproco e indispensabile per la modificazione e correzione, si può dire giornaliera delle teorie e dei fatti. In virtù di una tale collaborazione si può sperare di veder lentamente stabilirsi una dottrina solida la cui forma definitiva non potrà essere fissata che dopo parecchi anni di studio e d'esperienza.

Il lavoro non si limiterà quindi a delle consultazioni sull'ammalato ed alle discussioni successive relative al caso esaminato: il Direttore del centro di lotta contro il cancro riunirà almeno una volta al mese i capi-servizio; ognuno di questi farà la relazione di tutti i casi interessanti visti o rivisti durante il mese, riassumendo le osservazioni cliniche ed esponendo le sue idee personali suggerite dall'esame e dallo studio dei casi e dei risultati.

Il contatto fra i diversi specialisti sarà curato con speciale interesse, perchè i progressi realizzati o gli errori commessi dall'uno o dall'altro nel suo dominio particolare, servano d'insegnamento agli altri. Questo indirizzo è assai importante ed utile per esempio per l'otorinolaringoiatra: difatti la radiochirurgia ed i metodi generali impiegati in questa specialità contro i tumori delle vie areodigestive superiori danno dei vantaggi precari rispetto ai risultati ottenuti nelle altre specialità e particolarmente in ginecologia. Il ginecologo, grazie alle sue grandi statistiche brillanti, sostiene il morale ed incoraggia l'attività dell'otorinolaringoiatra, che tenterà con ogni mezzo possibile di superare i numerosi ostacoli che si oppongono all'irradiazione e al trattamento corretto dei neoplasmi localizzati nelle vie respiratorie e digerenti superiori. Per questi è molto difficile raggiungere la guarigione per cause diverse che limitano o impediscono l'intervento dei mezzi di cui attualmente si dispone; tra queste cause sono la radiosensibilità dei tessuti sani circostanti, la minaccia d'edema delle mucose, il pericolo di necrosi del tessuto osseo e cartilagineo, ecc.

Per un centro anticanceroso si deve considerare indispensabile l'opera del fisico. Questo potrà essere un aiuto o un assistente anziano di un Istituto di Fisica universitario, che si sia particolarmente interessato e si dedichi allo studio delle questioni che si riferiscono alle radiazioni e alle sostanze radioattive. Il fisico sarà nominato in base alle stesse norme che regolano la nomina dei medici dell'Istituto. Il centro anticanceroso deve disporre di un gabinetto di fisica bene organizzato, fornito dei migliori strumenti di misura per le radiazioni del radium e Roentgen, indispensabili per la taratura periodica degli apparecchi; inoltre il gabinetto stesso deve possedere tutti i mezzi necessari per gli studi scientifici sulle radiazioni (ricerche fisiche, fisico-chimiche, biologiche, bio-chimiche, ecc.), che i medici del centro, in stretta collaborazione col fisico, sentiranno di dover compiere allo scopo di far luce su problemi ancora oscuri. Questi studi sono della più alta importanza, perchè da essi dipende in gran parte il progresso della terapia del cancro. Il Gabinetto di fisica contribuirà anche efficacemente alla revisione dei metodi impiegati e alla elaborazione di apparecchi e tecniche nuove: in questo campo la cooperazione intima e cordiale fra fisico e medici sarà veramente preziosa. Da quanto brevemente abbiamo detto si comprende come sia necessaria e quanto importante la istituzione in un centro di lotta contro il cancro di un vero servizio di fisica, il quale per il suo valore dev'essere considerato all'altezza dei più importanti servizi dello Istituto. La moderna fisioterapia dei tumori maligni deve basarsi sulla conoscenza quanto più esatta è possibile delle radiazioni del radium e Roentgen, sullo studio degli effetti fisici e fisiologici delle stesse e su una sicura dosimetria.

Presso il centro anticanceroso tipo potrà anche essere istituito uno speciale servizio demografico e di statistica. Un servizio di statistica diretto col massimo rigore è di incontestabile valore e rappresenta una fonte di documenti d'ogni genere che saranno molto preziosi per il lavoro avvenire. Esso potrà essere non limitato ai cancerosi che si presentano o che vengono inviati

all'Istituto, ma esteso a determinate regioni o a tutto il Paese e i documenti potranno essere raccolti con metodo presso gli uffici sanitari e d'anagrafe municipali e provinciali, presso gli uffici di censimento, le Società d'assicurazione sulla vita, ecc. L'organizzazione e la competenza dell'Istituto costituiranno una sicura garanzia per la serietà e la bontà del lavoro.

In un centro anticanceroso organizzato sulla base da noi esposta, fornito d'un attrezzamento perfetto i cancerosi curabili troveranno il massimo delle risorse che fino ad oggi la scienza ha escogitato per la cura del loro male terribile. Con la razionale combinazione dei metodi radio-chirurgici saranno spesso ad essi risparmiate vaste mutilazioni che portano sempre con sè oltre che il disgusto d'una deturpazione anche una minorazione fisica grave. La restituzione alla famiglia, alla società d'un canceroso guarito e guarito senza importanti amputazioni ha un alto valore. Non bisogna infatti dimenticare che il tumore maligno colpisce generalmente l'uomo nel periodo della sua massima attività.

Noi pensiamo che il centro anticanceroso, come centro di trattamento, non debba provvedere direttamente ai cancerosi incurabili. È molto più razionale, ed in conclusione molto più proficuo anche dal lato sociale, trattare correttamente e completamente i cancerosi per i quali vi sia fondata speranza di successo, che suddividere lo sforzo per curare indistintamente anche quelli per i quali tale speranza a priori non esiste, perdendo un tempo prezioso e sprecando molto denaro. Questo non significa che noi si voglia trascurare il problema degli incurabili, problema attualmente grave, ma noi giudichiamo che a questa questione si debba provvedere a parte. Secondo noi l'ente più indicato ad assumersi in ogni Paese tale compito è la Lega contro il cancro, la cui opera dovrebbe ispirarsi a quella già tanto benemerita, anche sotto questo riguardo, della Lega Franco-Anglo-Americana.

Gli incurabili non devono certamente essere abbandonati a se stessi e divenire dei paria. Il canceroso incurabile è un essere umano che soffre ed ha diritto d'essere in qualche modo curato se non altro con lo scopo di mitigare le sue sofferenze. La Lega occupandosi degli incurabili dovrebbe prendere i provvedimenti necessari per facilitare e regolare la loro ospedalizzazione, creare un'organizzazione speciale destinata a raccogliere questi infelici sul tipo del Calvario francese, opera tanto provvida e altamente umanitaria. Come in tutte le Nazioni civili si istituiscono dei tubercolosari, così dovrebbero essere formati degli Istituti speciali per il ricovero dei cancerosi incurabili sopratutto poveri. In tal modo alle famiglie sarà risparmiato lo spettacolo triste della loro fine lenta e straziante e saranno pure risparmiati i sacrifici spesso gravi dell'assistenza. D'altro canto in tali Istituti questi infelici troveranno le cure e gli aiuti morali necessari a rendere meno doloroso il loro cammino fatale verso la fine. Da ultimo essi non ingombrerebbero con la loro presenza gli Ospedali nei quali spesso la loro assistenza, di necessità, lascia a desiderare.

Accennato all'indirizzo generale che deve avere il lavoro in un centro anticanceroso, riteniamo necessario insistere particolarmente sul modo di formare il gruppo di medici del centro stesso. Il personale medico non deve essere costituito da giovani specialisti. Non si tratta infatti di mettersi al corrente delle tecniche abituali riguardanti la cura dei cancerosi nei diversi campi, ma bisogna che specialisti già rotti ai metodi più complicati di diagnosi nell'ambito della loro specialità, per una pratica sufficientemente lunga, esperti d'ogni difficoltà operatoria e pronti a superarla, apportino un contributo attivo al perfezionamento di quei metodi combinati che costituiscono una vera strategia terapeutica anticancerosa.

È necessario che i capi-servizio d'otorinolaringologia, ginecologia, stomatologia, urologia, radiologia, oculistica, chirurgia generale ecc., siano per esempio degli assistenti anziani o degli aiuti che abbiano già fatto le loro armi in un servizio di clinica. Devono essere completamente staccati dal loro Istituto d'origine per almeno due anni, e dedicarsi esclusivamente al compito loro assegnato nel centro anticanceroso. Questa condizione è veramente essenziale per assicurare la libertà di lavoro e l'esclusività delle preoccupazioni dei medici; difatti quante volte non si può constatare in numerosi Ospedali gli effetti disastrosi dovuti alla discontinuità in questo lavoro. Sovente, per esempio, nei reparti di specialità ammalati che potrebbero ritrarre un beneficio da un trattamento radio-chirurgico ben combinato e completato in tempi successivi, susseguentisi secondo un ritmo che attualmente si conosce, sono invece operati e, davanti all'insuccesso di un tentativo di questo genere, vengono poi mandati per una cura Roentgen o radiumterapica al radiologo, il quale fa allora, disperando a priori dell'esito, un ultimo tentativo votato all'insuccesso.

È nostra opinione, basata su numerose osservazioni, che il centro di lotta contro il cancro debba essere completamente separato dagli Ospedali e da ogni altro Istituto, e debba avere una vita medica, scientifica ed amministrativa assolutamente autonoma. Si deve osservare infatti

che se l'istituto di lotta contro il cancro fosse incorporato come servizio speciale in un grande ospedale, gli specialisti destinati allo studio ed al trattamento del cancro conserverebbero inevitabilmente troppo rapporto col loro vecchio servizio e finirebbero col non avere più libertà d'azione per l'attuazione di programmi e di tecniche nuove.

Molti fatti potrebbero essere citati a sostegno del nostro concetto di centralizzazione e di indipendenza. Ne ricordiamo uno, comune. In ogni Paese vi sono Cliniche ginecologiche, chirurgiche e dermatologiche che hanno acquistato del radium e che hanno iniziato da parecchi anni la radiumterapia, l'attività loro però in questo campo ha dimostrato poi seri inconvenienti, perchè ognuno di tali Istituti ha finito, per motivi vari, col fare della radiumterapia al di fuori del dominio di propria competenza. Così si è osservato e si osserva che ginecologi trattano tumori od altre affezioni della cute e che d'altra parte dermatologi fanno della radiumginecologia e della radiumotorinolaringologia senza assicurarsi nè domandare la collaborazione di specialisti competenti in tali campi. Vi è in ciò un'incoerenza ed un errore gravi. Tanto nell'uno che nell'altro caso le applicazioni non possono essere fatte correttamente e i loro risultati sono cattivi.

Dal punto di vista della stretta collaborazione fra i medici del centro anticanceroso si deve osservare che esiste certo una notevole difficoltà a mantenere un'unione cordiale e l'entusiasmo nel lavoro comune. Il Direttore del centro dovrà preoccuparsi di questa difficoltà e curare con ogni diligenza che il più perfetto accordo vi sia su un piede di assoluta eguaglianza, perchè soltanto questa condizione dà pieno rendimento.

Per questo la scelta del Direttore del centro anticanceroso è particolarmente delicata e difficile. Esso non deve essere scelto fra gli specialisti, non deve cioè essere nè il chirurgo generale, nè il ginecologo, nè l'otorinolaringoiatra, nè l'urologo, secondo noi, egli deve essere un medico generale che abbia una vasta coltura medica e una grande autorità morale. È necessario che egli non si intrometta nella elaborazione di nuove tecniche la cui responsabilità deve essere dei vari specialisti che le elaborano.

Il compito del direttore dev'essere in ultima analisi un compito ad un tempo di sorveglianza, e per questo sarà garanzia il suo grande passato scientifico e medico, e di conciliazione, e a questo riuscirà sicuramente per l'alta autorità morale che egli deve impersonare. Egli deve in definitiva assicurare all'Istituto la più perfetta disciplina, pur lasciando libero corso e anche incoraggiando tutte le buone iniziative. Ogni specialista deve avere nei riguardi del proprio reparto e del proprio lavoro un'opportuna autonomia ed egli potrà richiedere l'aiuto di altri specialisti ogni qual volta lo riterrà necessario.

Il Direttore del centro provvederà a che le pubblicazioni dell'Istituto si facciano regolarmente ed esigerà che le riunioni mensili abbiano un carattere scientifico perfetto e che le relazioni annuali rappresentino l'espressione esatta dell'attività del centro anticanceroso dal punto di vista scientifico e clinico, e anche amministrativo.

Quando in un Paese vi saranno parecchi centri di lotta contro il cancro è necessario stabilire delle riunioni periodiche dei Direttori sopratutto dal punto di vista amministrativo e dell'indirizzo generale degli Istituti, e promuovere pure delle riunioni di tutto il personale medico in forma di piccoli congressi durante i quali saranno scambiate le idee e saranno dimostrati i progressi compiuti. Ciò avrà l'effetto di mantenere un'efficace unione fra i vari Istituti e di stimolarne l'emulazione; questi sono dei fattori importanti per il problema dello studio del cancro e per lo sviluppo dei metodi di trattamento. Tali riunioni possono aver luogo una o due volte all'anno.

È inoltre altrettanto indispensabile che i centri di lotta contro il cancro delle diverse Nazioni mantengano sempre fra loro un cordiale contatto e che i capi-servizio compiano di tanto in tanto dei viaggi d'istruzione all'estero per visitare sopratutto quei centri nei quali siano state escogitate ed applicate tecniche nuove e speciali, per formarsene un concetto esatto e completo, ed apprendere tutti gli insegnamenti necessari per contribuire a risolvere una questione all'ordine del giorno.

Il Direttore del centro di lotta contro il cancro redigerà di tempo in tempo le note personali riguardanti i capi-servizio e gli assistenti addetti allo Istituto e tali relazioni informative decideranno di volta in volta, dopo per esempio un biennio, della riconferma o meno dell'incarico a ciascuno affidato.

Il centro anticanceroso deve disporre di un materiale di primo ordine e di fondi sufficienti per permetterne la rinnovazione in modo ch'esso sia sempre all'altezza dei progressi realizzati. La lotta contro il cancro è certo una lotta molto costosa e l'Istituto in cui si compie tale importante missione sociale deve disporre di risorse finanziarie considerevoli. Tali risorse devono coprire le spese di ospedalizzazione dei malati poveri, di manutenzione e di rinnovazione degli apparecchi, le spese di laboratorio, quelle per il personale, per i lavori scientifici, per le pubblicazioni dell'Istituto e per la propaganda.

Questo lavoro complesso e costoso costituisce la principale ragione per cui non si deve andare troppo affrettatamente nell'organizzazione della lotta contro il cancro. Appare quindi evidente, è utile ripeterlo, la necessità di creare all'inizio un solo centro perfetto, che deve essere un vero centro modello. Più tardi, se le finanze lo permetteranno, si potrà crearne, sull'esempio del primo, un secondo e poi un terzo, ecc. Questi dovranno derivare dal primo, perchè il centro tipo sarà stato oltre a tutto anche un centro di insegnamento ed i medici che ne usciranno potranno creare e far fiorire facilmente altri organismi uguali i quali si avvantaggeranno subito dei progressi realizzati e della vasta esperienza acquistata nel primo centro tipo.

L'armamento radioterapico d'un centro di lotta contro il cancro deve specialmente attirare la nostra attenzione. L'Istituto deve disporre di alcuni gabinetti di radioterapia profonda, di radioterapia semipenetrante e superficiale. Questi gabinetti devono dare un rendimento continuo e perfetto: è questa una condizione *sine qua non* per non gravare fortemente il bilancio di simili istituzioni. È necessario che gli apparecchi di Roentgenterapia, adoperati da mani esperte, abbiano un lavoro regolare senza importanti interruzioni e d'altra parte senza periodi di lavoro troppo intenso: questo è possibile solo grazie ad una buona organizzazione. Quanto noi qui affermiamo per la Roentgenterapia vale ugualmente per il radium.

In un buon Istituto anticanceroso la cassaforte deve essere quasi sempre vuota, il radium cioè deve essere continuamente in applicazione.

Quali devono essere l'attrezzamento e l'istrumentario di un centro anticanceroso dal punto di vista del radium? Non facciamo troppo conto sull'avvenire. Si troverà, speriamo, un giorno la cura specifica contro il cancro: degli studi molto interessanti vengono certo fatti a questo scopo, ma nessuna luce appare ancora all'orizzonte. Per il momento, bisogna affermarlo, il radium costituisce l'arma principale nella lotta contro il cancro. Tutti coloro che hanno impiegato altri metodi e specialmente la Roentgenterapia profonda su larga scala, hanno la stessa convinzione. La chirurgia, i raggi X e gli altri metodi non servono che come coadiuvanti. Il compito più importante è riservato al radium, ma non si trascureranno gli ausili necessari a renderne più efficace l'azione. La chirurgia in particolare permetterà in molti casi di realizzare delle irradiazioni più corrette, migliorerà le condizioni di applicazione in diverse localizzazioni.

È necessario disporre di un istrumentario ad un tempo molto semplice, di facile maneggio e che possa adattarsi alla generalità dei casi.

L'esperienza ha dimostrato che tutti gli apparecchi speciali destinati a determinate speciali localizzazioni devono essere soppressi. Essi importano di necessità l'immobilizzazione di certi quantitativi di radium ed il loro rendimento è insufficiente, poichè non sono utilizzabili che quando si presenta il caso speciale. Questo sistema è molto costoso e d'utilità sempre molto discutibile.

Alcuni anni or sono si è creduo in alcuni centri, che disponevano d'una certa quantità importante di radium, che il miglior mezzo per la sua utilizzazione nei diversi casi fosse realizzato con l'impiego dell'emanazione del radium stesso.

In favore di tale concetto sta il fatto che in realtà l'emanazione estratta può essere facilmente distribuita secondo i bisogni di ogni servizio e di ogni applicazione, di più con l'utilizzazione dell'emanazione tutto il radium viene ad essere affidato ad un'unica persona incaricata del lavoro di estrazione ed esso resta sempre nel recipiente in cui si trova disciolto, quindi è eliminato ogni rischio di perdita.

È necessario osservare che questi vantaggi diventano trascurabili davanti a numerosi inconvenienti, fra i quali ricorderemo i più importanti. Prima di tutto per raccogliere l'emanazione sono necessari degli apparecchi estrattori speciali, di cui esistono vari modelli tutti ispirati dal modello primitivo impiegato nell'Istituto Curie di Parigi. In secondo luogo l'estrazione dell'emanazione del radium è sempre un'operazione abbastanza complicata che esige l'impiego di un personale molto bene specializzato. Da ultimo, malgrado tutte le precauzioni, si è sempre esposti al pericolo di guasti dell'estrattore, che improvvisamente determinano l'arresto d'ogni attività del servizio e di conseguenza la sospensione delle applicazioni per un certo tempo. Questo metodo inoltre esige, all'infuori dei procedimenti necessari alla divisione dei tubi capillari riempiti d'emanazione e destinati agli apparecchi di trattamento, numerose misurazioni per controllare la quantità d'emanazione che si trova in ogni capillare e in ogni apparecchio. Queste misure sono tutt'altro che facili e se si vuole semplificarle esse riescono necessariamente molto poco precise. L'impiego dell'emanazione determina ugualmente una perdita fatale dell'energia radiante. È poi un errore ritenere, come ancora qualcuno ritiene, che esso rappresenti un'economia. È stato invece dimostrato che tale metodo è più costoso e questo è stato affermato anche recentemente alla Società Francese di Radiologia.

L'emanazione appena raccolta e messa nei tubi può servire a diverse applicazioni, ma qui si presenta ancora un grave inconveniente. L'emanazione del radium perde molto rapidamente la

sua radio-attività e precisamente in giorni 3.82 essa è ridotta alla metà e diventa poi praticamente nulla alla fine d'una ventina di giorni. Tale fatto importa una irregolarità oraria che può avere delle conseguenze molto deprecabili. In conclusione possiamo dire che ci appare ogni giorno più chiaro che la curieterapia si indirizza definitivamente verso le applicazioni a piccole dosi orarie con un prolungamento piuttosto grande rispetto al tempo. Le applicazioni fatte a mezzo di tubi d'emanazione impediscono la realizzazione di questo indirizzo terapeutico.

Ora una delle ragioni che costituiscono la superiorità delle applicazioni del radium rispetto a quelle dei raggi X penetranti, è precisamente questa regolarità perfetta e la possibilità di fare delle lunghe applicazioni ininterrotte.

L'impiego dell'emanazione ha ancora l'inconveniente di richiedere una contabilità estremamente complicata, perchè per ogni applicazione bisogna calcolare con cura l'intensità di ogni apparecchio al momento in cui esso viene applicato e la sua intensità al momento in cui viene tolto e valutare esattamente l'energia distrutta durante il trattamento, in una parola mantenere per ogni apparecchio un protocollo molto complicato.

Attualmente però, tanto in Europa quanto in America, in quasi tutti gli Istituti di lotta contro il cancro si adottano apparecchi a sali fissi e si tende alla standardizzazione dei metodi allo scopo di semplificare quanto più è possibile la contabilità e rendere i calcoli delle dosi perfettamente facili.

Trattando dell'uso dell'emanazione del radium è opportuno anche ricordare che certuni hanno proposto di mettere a disposizione dei medici pratici e degli specialisti apparecchi contenenti l'emanazione. Questi apparecchi sarebbero inviati da un laboratorio centrale d'estrazione ai medici che ne fanno richiesta unendo alcuni dettagli sulla lesione cancerosa da trattare. La Direzione del laboratorio, in base alle informazioni scritte ricevute, stabilirebbe (e sarebbe spesso un fisico che fa questa determinazione di carattere assolutamente medico!) la dose da applicare ed invierebbe i tubi con filtri accompagnati da indicazioni sulla durata e sulla modalità secondo cui l'applicazione deve essere fatta. Questo metodo evidentemente non può dare che un solo risultato, il completo discredito di un metodo di cui non si conosce ancora tutto il valore, poichè anche in mani esperte esso non ha ancor dato tutto il suo rendimento. Altra conseguenza sarebbe che, essendo le dosi sempre insufficienti (poichè la Direzione del laboratorio centrale dovrà essere d'una prudenza molto giustificata nei consigli e nelle indicazioni, non volendo assumersi che una responsabilità assai limitata), gli ammalati non ritrarranno i benefici che dovrebbero logicamente avere, e moriranno salvo qualche caso provvidenziale!

Incidentalmente diremo che uguali e peggiori conseguenze determinano quegli Istituti commerciali che affittano preparati di radio a medici non specializzati. È necessario valutare esattamente tutta la responsabilità di simili istituzioni, unico obbiettivo delle quali è di regola lo sfruttamento del medico e del paziente. Anche in questo caso persone assolutamente incompetenti inviano aghi o tubi di radium, unendo indicazioni e consigli sulle dosi e sui metodi d'impiego. In ultima analisi, a parte il grave pericolo, è lo stesso come se un commerciante di strumenti chirurgici inviasse un bisturi con l'istruzione sul modo di servirsene per fare, ad esempio, una laparotomia! Tutti riderebbero d'un simile modo d'agire! Noi riteniamo indispensabile che ogni commercio di radium o di sostanze radioattive in genere, sia posto sotto il controllo dello Stato, il quale solo ha l'autorità e i mezzi necessari per disciplinarlo: tale commercio dovrebbe essere sottomesso ad un regolamento severo determinato per legge, come commercio di sostanze pericolose.

Nei grandi centri di lotta contro il cancro esistono certamente ancora degli apparecchi per l'estrazione dell'emanazione del radium ed essi vengono ancora impiegati, perchè ci sono e se n'è presa l'abitudine dell'uso, e anche per un'altra ragione, che cioè in qualche centro ci si serve dell'emanazione per evitare l'ospedalizzazione degli ammalati affetti da epiteliomi della cute, facendo delle applicazioni ambulatoriamente. Così gli ammalati non portano con sè che un gas radio-attivo di durata effimera e che non ha quindi alcun valore. Per la stessa ragione l'emanazione permette di fare, senza alcuna preoccupazione, certi esperimenti sugli animali, evitando i rischi di perdita del radium sempre possibile nelle gabbie degli animali da esperimento.

A nostro giudizio è di massima da rigettarsi l'uso dell'emanazione a causa di tutti gli inconvenienti che ne sono inerenti. Questi inconvenienti, certo notevoli, non si verificano se il centro dispone unicamente di apparecchi a sali fissi. Un istrumentario a sali fissi è meglio adatto per un Istituto nel quale il numero dei medici che applicano il radium è abbastanza considerevole e nel quale è necessario che ogni medico, sulle istruzioni del radiologo, si pieghi ad una disciplina che del resto si deve comprendere.

Quale deve essere questo istrumentario?

Nell'Istituto del Radium di Bruxelles è stato adottato un metodo che ci appare ottimo e di

cui in ogni occasione se ne constata con soddisfazione la utilità.

Il radium di cui l'Istituto dispone è stato suddiviso in una quantità di piccole cellule tutte della stessa forma, della stessa grandezza e tutte della stessa filtrazione, cioè d'uno spessore di 2/10 di mm. di platino. Queste cellule contengono delle quantità diverse di radium: vi è il tipo da 0.33 mmgr. Ra. El., da 0.66 mmgr. Ra. El. = 1.33 mmgr. Ra. El. = 3.3 mmgr. Ra. El. = = 6.6 mmgr. Ra. El.

Queste piccole cellule possono essere poste facilmente nel lume di aghi di differente lunghezza in modo da poter realizzare così degli aghi di cariche molto diverse e d'una filtrazione unica corrispondente a 0.5 mm. di platino.

In ugual modo è anche possibile preparare, su domanda del medico capo reparto d'un servizio del centro, e sulle istruzioni del radiologo, dei tubi di qualsiasi carica accumulando nell'interno dei tubi stessi un determinato numero di cellule da 0.66 = 1.33 = 3.33 o 6.6 mmgr. di Ra. El. Queste cellule sono pressochè della stessa lunghezza e per differenziarle sono contraddistinte dal numero di carica impresso sulla superficie esterna.

Di fronte a vantaggi indiscutibili questo sistema ha però un inconveniente non trascurabile, cioè esso implica delle manipolazioni numerose da parte della persona incaricata della distribuzione del radium, determinando una esposizione relativamente lunga alle radiazioni, e richiede una abilità e una diligenza particolari. Per questo è stato proposto, e l'esperienza dimostra che il metodo è eccellente, di standardizzare ancor più e di ricorrere ad una distribuzione del radium in un certo numero d'aghi e di tubi di carica differente e fissa in modo da permetterne l'applicazione regolare e corretta in tutti i casi senza immobilizzazione inutile in apparecchi poco adoperati.

Così il Governo Francese, bene consigliato, ha standardizzato il materiale radiumterapico di tutti i suoi centri di lotta contro il cancro ed ha fatto suddividere i 5 grammi di Ra. El. che ha acquistato, in tubi da 10 e da 5 mmgr. Ra. El. ed in aghi da 1 e da 2 mmgr. Ra. El.

I tubi da 10 e da 5 mmgr. hanno una parete equivalente a 1 mm. di platino e possono essere chiusi in tubi supplementari che portano la filtrazione a 2 mm. di platino, filtrazione richiesta in certe applicazioni speciali. Gli aghi, di due lunghezze differenti (44 e 27 mm.), hanno una filtrazione totale di mm. 0.5 di platino.

Questa standardizzazione riesce comoda e dà il suo completo rendimento quando la percentuale di aghi e di tubi è stata fissata razionalmente in rapporto alla cura di ammalati delle diverse specialità senza alcuna particolare specializzazione, come deve avvenire nell'abituale centro anticanceroso, che deve essere aperto a tutti gli affetti da tumori maligni. Una tale distribuzione di materiale radiumterapico e la sua opportuna proporzione alle esigenze dei diversi campi d'applicazione, permetteranno di non immobilizzare nella cassaforte un numero importante di preparazioni inadoperate.

È necessario disporre di una certa percentuale di aghi da 1, da 2, di tubi da 5, da 10 mmgr.

Ecco la dotazione che è stata proposta e introdotta nei centri anticancerosi francesi:

Per 1 grammo di radium:

100 aghi da 1 mmgr. di Ra. El. = 100 mmgr. Ra. El. ossia 10 %;

100 aghi da 2 mmgr. di Ra. El. = 200 mmgr. Ra. El. ossia 20 %;

60 tubi da 5 mmgr. di Ra. El. = 300 mmgr. Ra. El. ossia 30 %;

40 tubi da 10 mmgr. di Ra. El. = 400 mmgr. Ra. El. ossia 40 %;

1000 mmgr. Da. El. = 100 %.

Questo modo di suddividere il radium ha ancora un altro vantaggio: il costo della distribuzione in tubi ed in aghi viene ad essere relativamente basso per il fatto che si tratta di un lavoro in serie. Inoltre gli errori non sono più possibili e gli specialisti nei centri si mettono rapidamente al corrente delle tecniche e riconoscono facilmente i tubi ch'essi impiegano. Ogni ago e ogni tubo è contrassegnato con l'incisione del numero di carica in milligrammi e del numero progressivo. La numerazione progressiva è fatta per ogni serie di aghi e di tubi della stessa carica.

Certi radiologi hanno criticato questa standardizzazione, perchè la trovano troppo semplificata, ma la pratica ha dimostrato che in tal modo è possibile fare in maniera facile e comoda assolutamente tutte le applicazioni nel dominio di tutte le specialità e in tutte le localizzazioni.

Ripetiamo infine che le manipolazioni da parte del personale subalterno specialmente incaricato d'infilare gli aghi, di porre i tubi nei filtri ausiliari, nelle sonde di caoutchout, della sterilizzazione degli aghi e dei tubi, ecc., vengono ad essere molto rapide e per conseguenza espongono poco il personale stesso al danno delle radiazioni del radium.

Noi non conosciamo ancora tutti i danni dell'esposizione del personale medico e subalterno alle radiazioni del radium, ma sappiamo ch'essi sono molteplici. Per questo in un Istituto anticanceroso devono essere attuate tutte le protezioni maggiori e migliori possibili sia per i raggi di Roentgen, e per questo rimandiamo ai trattati speciali, come pure per il radium su cui vogliamo trattenerci brevemente.

È molto più difficile proteggersi contro il radium che contro i raggi X, perchè i raggi gamma del radium hanno un potere di penetrazione assai alto che certo non hanno i raggi Roentgen anche più penetranti. Ricordiamo che per ridurre a 1/1000 la radiazione gamma è necessario uno spessore di piombo di circa 15 cm.; appare quindi logico che per proteggere efficacemente il personale non bisogna contare tanto sull'assorbimento da parte delle sostanze a peso atomico elevato, ma che è meglio contare sulla distanza e più ancora sulla riduzione della durata delle manipolazioni.

Contrariamente a quanto è dato constatare in numerosi centri anticancerosi, nei quali la cassaforte è istallata nella sala di preparazione del radium e vicino alla sala d'operazione e ad altri servizi, cassaforte blindata di piombo e quindi molto costosa e molto pesante e tuttavia insufficiente dal punto di vista della protezione, bisognerebbe mettere la cassaforte nel sottosuolo, profondamente e a una grande distanza dagli ambienti occupati dagli ammalati e dal personale.

Ogni qualvolta occorrerà del radium, vale a dire il mattino quando le ordinazioni di radium per la giornata devono essere eseguite dal personale addetto a questo servizio, uno speciale piccolo ascensore, manovrato dalla sala di preparazione, farà salire fino a questa la cassaforte dalla quale sarà ritirato *rapidamente* il quantitativo di radium necessario e quindi l'ascensore sarà rinviato, col radium rimasto nella cassaforte, nel lontano sottosuolo.

I preparatori lavorano naturalmente ad un tavolo di protezione sul tipo di quello già volgarizzato: tavolo con coperchio di piombo (spessore 4 cm.) e piccole pareti di piombo (spessore 4 cm.) innalzantesi su tre lati. Il piombo sarà rivestito di legno per eliminare i raggi secondari. A lato dell'operatore si aprirà un finestrino comunicante con la sala di sterilizzazione in modo che il trasporto del radium non debba avvenire attraverso i corridoi e a mano.

Appena gli aghi ed i tubi contenenti il radium saranno stati sterilizzati, dovranno essere passati dalla sala di sterilizzazione a quella d'operazione ancora attraverso un finestrino per evitare sempre il trasporto a mano, che è, a nostro giudizio, estremamente dannoso.

Abbiamo visto in qualche centro anticanceroso dei carrelli molto perfezionati, blindati di piombo e quindi molto pesanti e incomodi, i quali però dopo qualche tempo erano stati abbandonati fra gli accessori inutili ed il trasporto del radium si rifaceva a mano, usando delle pinze più o meno lunghe che servivano a sostenere delle scatole in piombo e legno di peso tale da renderne possibile un facile trasporto.

Ci scusiamo per dover entrare in tutti questi dettagli, ma essi sono di un'enorme importanza per il funzionamento buono e regolare di un centro anticanceroso.

Diremo ancora che, a nostro avviso, è necessario che il radium sia dato in consegna ad un'unica persona di fiducia, la quale ne avrà la responsabilità materiale. Tale persona potrà essere, ad esempio, la direttrice del servizio infermiere: questa terrà un registro di carico e scarico dal quale deve risultare, in modo chiaro e dettagliato, il movimento giornaliero degli aghi e dei tubi con l'indicazione precisa del medico capo-servizio e del reparto al quale furono affidati. Curerà diligentemente la preparazione dei quantitativi di radium che di volta in volta le saranno richiesti, in modo che siano pronti in ogni dettaglio per la sterilizzazione e l'applicazione. La direttrice avrà pure in consegna tutti gli accessori inerenti alla preparazione degli aghi e dei tubi e penserà al loro rifornimento, tenendo informati il radiologo e l'amministrazione di ogni novità e di ogni bisogno.

Ricorderemo infine che è necessario stabilire un sistema di moduli per le ordinazioni di radium fatte dagli specialisti dell'Istituto e dal radiologo.

Appena l'ammalato è stato esaminato da uno o da più specialisti ed è stata fatta la diagnosi, la triade radiologo, specialista e laboratorio stabilisce di comune accordo, come abbiamo già detto, la linea di condotta da seguire e le modalità per il trattamento radiumterapico. Questo potrebbe consistere, ad esempio, in una applicazione utero-vaginale di radium. Il ginecologo fa allora una domanda di 4 tubi da 10 mmgr. e stende la sua richiesta sul modulo speciale, il quale sarà controfirmato dal radiologo. Tale modulo passa alla Direttrice, la quale prepara, per il giorno indicato, la quantità di radium necessaria all'applicazione.

Ogni richiesta di radium viene poi depositata nell'archivio, perchè ne rimanga traccia in caso di correzione d'errori sempre possibili nelle dosi. I tubi di radium, pronti e sterilizzati, saranno presentati al ginecologo nella sala d'operazione nel giorno e nell'ora stabiliti ed il contenuto di ogni tubo sarà indicato da un certo numero di piccole perle di vetro d'un determinato colore infilate nel filo di ogni tubo, in modo che il radiologo, presente, ed il ginecologo possano controllare ancora una volta, al momento dell'applicazione, la quantità di radium e la sua distribuzione.

Inoltre, ultimata l'applicazione, senza dover ricorrere alla cartella clinica dove sono segnate le dosi orarie stabilite, il radiologo ed il ginecologo osservando le perle ed il loro colore possono controllare assai facilmente le quantità di radium

applicate. D'altro canto le infermiere che hanno assistito l'ammalata, per il caso particolare da noi considerato, durante il giorno, facendo la consegna alla infermiera di servizio notturno, segna sulla tabella personale dell'ammalata la quantità di perle ed il loro colore e la stessa indicazione dà l'infermiera della notte al mattino quando cessa il suo turno. Se per caso, alla consegna, il numero di perle non corrisponde, vuol dire che, per esempio, un tubo è caduto e le ricerche che immediatamente si faranno permetteranno di rintracciarlo subito.

Tutti questi piccoli dettagli riuniti permettono una sorveglianza continua da parte del radiologo e degli specialisti; tale sorveglianza si compie automaticamente e permette l'utilizzazione sicura d'un personale numeroso e vario, evitando così perdita di tempo, perdita di radium e senza quindi spreco di denaro.

Con un sistema fondato su tali basi si può rinunciare ad ogni assicurazione, che è estremamente costosa, perchè non è stata fatta ancora su vasta scala una sufficente esperienza che permetta alle Società assicuratrici di stabilire delle tariffe precise ed eque.

Riassumendo si deve affermare che il centro anticanceroso è l'unica arma efficace nella lotta contro il cancro. Tutta l'attività e tutti gli sforzi dei medici pratici, dei laboratori di ricerche, delle leghe, delle associazioni, delle dame visitatrici, delle infermiere, delle amministrazioni di beneficenza, del pubblico devono tendere ad individuare a tempo gli ammalati, cioè nel periodo in cui l'associazione dei vari mezzi terapeutici offre ancora la speranza di guarire il cancro, a far convergere verso il centro anticanceroso gli ammalati stessi e tutte le informazioni necessarie per la lotta contro il cancro. Il centro anticanceroso deve essere un centro:

1) di diagnosi;

2) di cura degli ammalati;

3) di studi sul cancro;

4) d'insegnamento per gli specialisti in cancerologia;

5) d'insegnamento per gli specialisti di ogni specialità, i quali possono venire al centro ed assistere agli interventi terapeutici dello specialista della propria branca, il quale dimostrerà tutte le risorse e tutte le possibilità di trattamento nel particolare dominio della specialità;

6) d'insegnamento per i medici pratici;

7) d'insegnamento per la formazione d'un personale subalterno specializzato di prim'ordine;

8) di propaganda per il pubblico, propaganda destinata a formare la sua educazione e a combattere il ciarlatanismo, cercando di dare delle idee sane e vere sul cancro e sui progressi che si compiono nella lotta contro di esso.

NOTE DI TECNICA.

Un metodo per la ricerca degli elementi spermatici nelle fibre tessili sciolte (batuffoli di garza od ovatta).

Nota del dott. EMILIO PITTARELLI (1).

Qualche anno fa il Giudice Istruttore di Chieti sottopose al mio esame un batuffolo della comune garza da medicatura, il quale da periti settori era stato strofinato contro la mucosa del retto di un cadavere: alla giustizia interessava di assodare se il detto batuffolo contenesse degli elementi spermatici (eventuale coito contro natura).

Nelle usuali ricerche le macchie presunte spermatiche sono e *devono* essere visibili ad occhio nudo: gli esami perciò non presentano altra difficoltà all'infuori di quelle inerenti ad ogni operazione micrografica sottile e delicata. Ma nel batuffolo della fattispecie non si distinguevano porzioni impregnate e porzioni non impregnate; sicchè i comuni e noti metodi di esame mi si presentavano *a priori* d'esito incerto. Essi, infatti, consistono nel macerare in liquidi adatti un pezzo della stoffa *impregnata*, dunque con macchie visibili ad occhio nudo, e nel ricercare nel liquido di risulta gli elementi dello sperma.

Nondimeno ho creduto, in un primo tempo, doveroso di ricorrere ai metodi classici, operando con dei pezzetti di garza presi qua e là nel batuffolo; essendo ovvio che un eventuale risultato *positivo* avrebbe esaurito il mio cómpito.

Ma dopo alcuni saggi faticosi praticati con esito *negativo*, smisi; persuaso col fatto che per arrivare con tali mezzi a conclusioni probanti, avrei dovuto poter esaminare millimetro per millimetro tutte le migliaia di fili del batuffolo, per la quale bisogna mi sarebbero occorsi degli anni interi.

Era quindi necessario crearmi un metodo atto ad estrarre *in blocco* dal batuffolo il fluido da esso assorbito, per poi sottoporlo a ricerche opportune. Ma prima di operare sul corpo del reato era anche indispensabile assicurarmi, con ricerche comparative, dell'attendibilità del metodo che fossi riuscito a costruire.

Le difficoltà da superare in questo cammino erano molteplici, e non solo di ordine scientifico e tecnico. Il quesito preliminare che mi s'imponeva era dunque questo: Da un batuffolo di garza intriso di sperma, estrarre *inalterati* gli elementi seminali caratteristici.

---

(1) Il presente lavoro fu eseguito nei Gabinetti Scientifici dell'Ospedale Militare di Chieti.

Perciò mi bisognava un mezzo liquido, il quale sciogliesse gli elementi solubili dello sperma, senza alterare nè questi nè gli elementi figurati. Attesa poi la grande e facile alterabilità degli uni e degli altri, e l'ovvia necessità di ottenerli sotto il più piccolo volume possibile, mi era pure necessario che il detto mezzo liquido fosse facilmente separabile, non richiedesse, cioè, per essere separato da elementi estranei ad esso, manipolazioni che potessero sospettarsi capaci di alterare tali elementi.

Non interessa conoscere i numerosi tentativi da me fatti con molteplici solventi, usandoli sia isolati, sia nelle più svariate mescolanze: mi basta descrivere il metodo finale sul quale mi sono fermato.

Mettevo dunque a macerare nei singoli liquidi, e poscia nei loro vari miscugli, un batuffolo di garza intriso di sperma ed asciugato all'aria libera da molti giorni; poscia centrifugavo a lungo; e infine evaporavo il liquido a bassa temperatura. Nel liquido concentrato praticavo la reazione di Florence, che è a un tempo la più sensibile e la più sicura di uno dei componenti normali dello sperma; e nel sedimento ricercavo micrograficamente gli spermatozoi previa colorazione con eritrosina ammoniacale. Prescieglievo questi due metodi, perchè da altre ricerche comparative mi si erano dimostrati i più sicuri e i più attendibili.

Il liquido che per l'estrazione dei corpi solubili mi ha dati i migliori e più costanti risultati, è un miscuglio di acetone e di etere etilico, con una piccola quantità di cloroformio ed etere di petrolio (1); esso offre i seguenti vantaggi:

a) scioglie facilmente i principii solubili dello sperma, lasciandoli inalterati;

b) *fissa* — in senso micrografico — gli elementi figurati; vale a dire, li mette in condizioni fisico-chimiche tali, da lasciarne inalterata la forma per le ulteriori manipolazioni;

c) evapora a temperatura bassa, alla quale resistono perfettamente così gli elementi solubili, come i figurati.

La detta miscela risponde perfettamente allo scopo di estrarre i corpi solubili, ma ha l'inconveniente di non far depositare gli elementi figurati. Poichè prove dirette mi avevano assicurato che la miscela non altera, ma bensì fissa gli elementi figurati, era naturale conchiudere che tali elementi dovessero restare attaccati alle fibre tessili in modo da resistere all'azione della centrifuga.

Avevo dunque percorso meno della metà del mio cammino; essendo risaputo che la ricerca dei corpi solubili dello sperma serve a solo scopo di orientamento, ma che per la identificazione sicura di quel fluido organico occorre senza meno constatare la presenza dello spermatozoo.

Mi bisognava perciò un mezzo atto a distaccare gli elementi figurati dalle fibre cui aderiscono.

E per questo fine mi fermai sopra l'ordinaria soluzione fisiologica (cloruro sodico al 9 ‰), addizionata di alquanta formalina (5 ‰): in questo liquido gli spermatozoi si conservano indefinitamente. Lasciandovi macerare le fibre tessili cui sieno attaccati degli spermatozoi, e centrifugando poscia a lungo, i medesimi si distaccano dalle fibre e si depositano nel fondo della provetta.

V'era a superare un'ultima difficoltà: vedere, cioè, se gli umori segregati dall'intestino retto dieno la reazione di Florence. Questa reazione, servendo, come ho rilevato, a solo scopo di orientazione, la prospettata difficoltà non aveva e non ha se non un'importanza secondaria: comunque, ricerche dirette mi hanno dimostrato che le secrezioni normali del retto non dànno la reazione in parola.

Utilizzando tutti questi dati sperimentali, io ho proceduto a dei saggi comparativi sopra batuffoli di garza analoghi a quello datomi ad esaminare, procedendo come segue:

Messo il batuffolo in adatte provette, lo si ricovre della miscela etereo-acetonico-cloroformica, e lo si lascia in riposo alcune ore; indi si centrifuga almeno per mezz'ora. Ciò fatto, si aspira con una comune pipetta quasi tutto il liquido, evitando di aspirare quel po' di sedimento che sempre si deposita in fondo alla provetta, e che potrebbe contenere qualche spermatozoo eventualmente distaccatosi dalle fibre tessili. Si evapora il liquido a BM a bassa temperatura (non più di 60° C.), fino a che ne restano poche gocce: questo fondo è costantemente gialliccio, e su di esso si pratica la reazione di Florence. È risaputo che questa sensibilissima reazione non è specifica dello sperma, ma appartiene alla colina, che del liquido seminale è un elemento costante, e ad altri derivati della trimetilammina: il suo valore è perciò puramente negativo, nel senso che, ove essa manchi, la presenza dello sperma resti esclusa, e sono inutili ulteriori saggi; mentre la sua presenza non esclude la necessità di procedere alla più difficile e delicata ricerca dello spermatozoo.

Il batuffolo, conservato sempre nella provetta, si ricovre ora della soluzione fisiologica forma-

(1) Ecco la ricetta: Acetone ed etere etilico: ana cmc. 20; Cloroformio ed etere di petrolio: ana cmc. 5.

M.; si dibatta il miscuglio con un pizzico di carbonato di calcio, per neutralizzarlo perfettamente (i prodotti del commercio sono sempre un po' acidi).

linizzata, si lascia macerare per alcune ore e poscia si centrifuga a lungo e ripetutamente, rimovendo il batuffolo, per essere sicuri che ogni elemento figurato si distacchi e si depositi.

Da ultimo, si prende una goccia del deposito, si depone sopra un vetrino portaoggetti, si mescola con una goccia di eritrosina ammoniacale, si copre col vetrino covrioggetti, e si esamina al microscopio. La presenza dello spermatozoo sarà dimostrata dalla sua caratteristica figura, colorato in rosso; e va da sè che, mentre un risultato positivo rende inutili ulteriori saggi, eventuali risultati negativi richiederanno la moltiplicazione delle prove.

Conclusione:

Operando nel modo descritto, gli elementi solubili e figurati dello sperma vengono sicuramente e inalteratamente separati da un batuffolo di garza, e, in genere, da fibre tessili.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Il metabolismo degli idrati di carbonio nel sano e nell'ammalato.

(H. MAC LEAN. *The Lancet*, 12 e 26 giugno 1926).

Gli idrati di carbonio introdotti sotto forma di amido sono rapidamente decomposti nel tratto gastro-intestinale e trasformati in glucosio, che viene poi assorbito ed in séguito ossidato in anidride carbonica ed acqua. Nel sano si possono introdurre 400 grammi di glucosio senza che compaia la glicosuria, ciò che dimostra che il normale ha una notevole attività di elaborazione dei carboidrati e che la eliminazione dello zucchero si verifica soltanto in condizioni più o meno patologiche.

I processi di trasformazione che lo zucchero subisce nel nostro organismo sono tuttora poco noti e le nostre conoscenze al riguardo sono frammentarie e poco conclusive.

Un fatto messo in evidenza in questi ultimi tempi è che qualunque sia la quantità di idrati di carbonio ingeriti, la quantità di zucchero circolante nel sangue subisce soltanto un piccolo aumento, subito corretto col riportare la quota ad un limite normale. È quindi evidente che lo zucchero deve essere rapidamente convertito in qualche altra sostanza o rapidamente consumato.

Una grande quantità dello zucchero ingerito è immagazzinata sotto forma di glicogeno nel fegato ed anche nei muscoli. A questa provvista, l'organismo attinge per i suoi bisogni. È inoltre noto che con un'alimentazione a base di carboidrati si arriva alla formazione di grasso; tale trasformazione però è molto lenta. Il grasso, a sua volta, non può poi più essere convertito in glucosio.

Il glucosio ed il glicogeno subiscono nell'organismo delle trasformazioni; alcune delle quali reversibili ed altre no. Si formano aldeide glicerica, metilglicosal, acido lattico; nel passaggio intermedio dall'una all'altra di tali sostanze ha parte importante l'acido fosforico che, combinandosi in ragione di due molecole di esso con una di glucosio, forma l'essoso difosforico.

Particolare importanza ha l'acido lattico, in quanto che il glicogene dei tessuti costituisce la sorgente della sua provenienza. Il calore prodotto in séguito alla contrazione delle fibre muscolari si sprigiona quasi intieramente durante il rilasciamento del muscolo ed è causato dalla ossidazione di una piccola parte dell'acido lattico prodotto durante la contrazione, mentre la parte rimanente si converte nuovamente in glicogene. Si ha dunque, durante l'attività muscolare una serie reversibile di trasformazioni dal glicogene all'acido lattico e viceversa; in essa il fosfato essoso costituirebbe uno stadio intermedio essenziale.

In condizioni normali, la quantità di zucchero nel sangue si aggira attorno a 0,1 %; quando si introduce amido o zucchero, esso aumenta in 30-45 minuti a 0,16-0,18 %. Questo rapido aumento induce a ritenere che l'idrolisi degli amidi nel tratto gastro-intestinale avvenga molto rapidamente. In séguito il contenuto in zucchero del sangue si abbassa rapidamente, sicchè in un'ora-un'ora e mezza ritorna alla norma.

Mentre l'aumento viene facilmente spiegato con l'assorbimento del glucosio che viene messo in circolo dall'intestino, più difficile è spiegare la pronta diminuzione. Si potrebbe pensare che la quantità di zucchero ingerita al momento in cui lo zucchero del sangue ha raggiunto il suo massimo sia stata interamente assorbita e che la diminuzione dello zucchero del sangue stia ad indicare tale fatto. Ma ciò non è, poichè è stato dimostrato che il contenuto dello zucchero è ritornato al livello normale anche nel caso in cui si trovi dello zucchero nello stomaco e che l'assorbimento può continuare ad effettuarsi rapidamente pur conservandosi il contenuto dello zucchero nel sangue alla bassa quota di 0,08 %. Inoltre questa subitanea diminuzione non si osserva nei diabetici. Vi è dunque un meccanismo che sottrae lo zucchero dal sangue.

È anzitutto possibile che lo zucchero sia rapidamente ossidato nel sangue. Questo fattore agisce senza dubbio nel senso di ridurre la quantità di zucchero nel sangue, poichè è dimostrato spe-

rimentalmente che in questo momento si verifica una maggiore ossidazione dei carboidrati, come è indicato dal fatto che aumenta il quoziente respiratorio (e cioè aumenta l'eliminazione di anidride carbonica dai polmoni). Tuttavia tale fattore è di poca importanza, in quanto che la quantità di zucchero distrutta nel periodo trascorso dal momento dell'ingestione a quello in cui la curva dello zucchero nel sangue è ritornata alla quota normale, rappresenta soltanto una piccola parte della quantità dello zucchero ingerito. È probabile che l'ossidazione da parte dei tessuti sia molto piccola, poichè vi sono individui in cui il potere di ossidazione è normale, mentre la curva dello zucchero nel sangue è anomala.

Si deve quindi pensare che lo zucchero venga rapidamente trasformato in qualche altra sostanza ed immagazzinato. Vi è di fatto un meccanismo che, quando il contenuto dello zucchero nel sangue è salito ad un certo limite, lo immagazzina (nei muscoli e nel fegato) sotto forma di glicogene. E tale meccanismo agisce fino a che lo zucchero del sangue ritorna al livello normale.

Negli individui normali, non si ha mai passaggio di zucchero nell'urina fino a che la quantità di questo nel sangue si mantiene al disotto di 0,18 %; raggiunto questo massimo, entra in azione il meccanismo di immagazzinamento. Per ciò non si ha glicosuria per quanta sia la quantità di zucchero ingerita, quando il fegato è capace di elaborarlo. Ma il limite di tolleranza non è uguale per tutti e per alcuni discende fino a 0,1 %.

Oltrepassato tale limite, si ha la glicosuria, il che non significa ancora che l'individuo sia diabetico; in tali casi il fatto viene qualificato come *glicosuria renale*.

Tale glicosuria è più frequente di quanto si creda e si riscontra più spesso che il diabete vero e proprio. Disgraziatamente molti individui affetti da tale forma innocua sono trattati spesso come diabetici, ciò che costituisce un errore non scusabile, dati i moderni mezzi d'indagine.

Nei tipi più comuni di glicosuria renale, il limite di tolleranza è abbassato a 0,13 %; ma, come si è detto, vi sono casi in cui arriva a 0,1 % ed allora lo zucchero passa costantemente nell'urina e, contemporaneamente, l'immagazzinamento si fa sempre più scarso, con la conseguenza che nell'urina compaiono i corpi chetonici (acetone ed acido diacetico). Questi individui, però, pure essendo in preda a chetosi, non presentano sintomi che possano essere attribuiti ad un vero diabete, ma accusano un malessere generale, mentre il fatto di trovare al tempo stesso zuccheri e corpi chetonici suggerisce la diagnosi di diabete.

Per la diagnosi differenziale, è di massima importanza lo stabilire per ogni singolo paziente il grado di tolleranza rispetto al quantitativo di zucchero nel sangue. A tale scopo si fa il saggio del sangue per stabilire la quantità di zucchero e poi si somministrano 50 grammi di zucchero e si ripete successivamente il saggio ogni mezz'ora. Ne risultano delle curve che si possono stabilire in base alle seguenti cifre.

Normale	0,1;	0,18;	0,14;	0,1;	0,09
Glicosuria renale	0,09;	0,13;	0,14;	0,11;	0,09
Diabetico	0,14;	0,22;	0,28;	0,24;	0,26
Diabetico	0,28;	0,34;	0,41;	0,40;	0,45

Per lo stesso individuo, la curva può essere modificata per effetto di stati patologici. Uno dei fattori più importanti di modificazione è il digiuno protratto. Introducendo una scarsa quantità di carboidrati, la curva si fa più alta e prolungata, assumendo una forma simile a quella dei diabetici. Lo stesso risultato si ottiene quando la dieta del paziente è fatta, anzichè con carboidrati, con abbondante somministrazione di proteine e di grassi. Questo fatto è praticamente importante, poichè, quando il medico invia il paziente al laboratorio, lo ha assoggettato per un certo tempo ad una dieta rigorosa a base di proteine e di grassi, con scarsa somministrazione di carboidrati. In queste condizioni, la curva rassomiglia a quella del diabetico e, se non si tiene conto di questo fatto, si corre il rischio di considerare come diabetico l'individuo affetto da glicosuria renale.

In un caso dell'A. una giovane di 19 anni era stata trattata per tre settimane come diabetica e tenuta ad una dieta rigorosa. Essa era molto dimagrata e debole ed aveva le apparenze di una vera diabetica; abbondante glicosuria con acetonuria. La curva della glicemia dava i valori di: 0,12; 0,15; 0,16; 0,18; 0,16. Fu sottoposta alla dieta mista e si ebbe pronto ritorno delle forze con aumento di peso. Successivamente, la curva diede · 0,12; 0,15; 0,13; 0,09. Rimase la glicosuria, ma l'acetonuria scomparve.

Si deve poi tener presente che in questi casi di glicosuria renale la somministrazione dell'insulina è pericolosa ed, anche a dosi leggere, può dar luogo a fenomeni di intossicazione.

Un'altra forma di glicosuria, che non è il vero diabete è quella che ripete la sua origine da un disturbo di funzionalità da parte del fegato, per cui il glicogene può venire scarsamente immagazzinato. È questa la forma cronica di glicosuria che si osserva in individui di età avanzata. In tali casi non si hanno altri sintomi od almeno non quelli del diabete; non vi è acidosi nè tendenza al coma. La nutrizione generale è ben conservata, anzi il paziente è spesso piuttosto grasso.

In tali casi, i sintomi sono dovuti all'accumulo di zucchero nel sangue e sono: irritazione locale (prurito), crampi e sensazioni dolorose alle articolazioni, neuriti, anomalie oculari, debolezza generale ed eccitabilità. Si può ottenere un miglioramento sensibile diminuendo la quantità dei carboidrati e somministrando proteine e grassi.

La glicosuria epatica delle persone grasse può durare a lungo senza peggioramento del malato. In alcuni casi, dopo molti anni di innocente glicosuria, il malato presenta i sintomi del diabete. Dimagrisce rapidamente; le orine, che dapprima non contenevano corpi chetonici, si fanno ricche di acetone, acido diacetico ed acido butirrico; le condizioni si fanno gravi con minaccia di coma.

La spiegazione di questo rapido mutamento si ha nel fatto che la persistente iperglicemia ha finito per distruggere le insule del pancreas, determinando così una riduzione nella quantità di insulina secreta. Come ha dimostrato Allen, la quantità elevata di zucchero nel sangue tende ad esaurire il pancreas, dando luogo al quadro clinico del biabete. Nei casi di prolungata glicosuria degli individui di età matura, reca maraviglia il fatto che il danneggiamento del pancreas non si verifichi più spesso e più precocemente. Ciò dimostra che la causa prima di tale glicosuria non risiede nel pancreas e che, anzi, le insule sono fin dall'inizio sane e funzionanti, tanto che rimangono capaci di resistere per anni agli effetti dannosi dell'iperglicemia.

Si può così stabilire una distinzione netta fra la glicosuria delle persone adulte (il diabete spurio dei vecchi) ed il vero diabete. E, poichè quest'ultimo è essenzialmente associato ad un difetto pancreatico, si deve ritenere che, nel caso di diabete vero le insuline pancreatiche sono originariamente deboli, difettose e scarsamente funzionanti. Se invece un individuo vive fino ad età avanzata senza sintomi di diabete, all'infuori della glicosuria, ciò significa che egli ha portato dalla nascita un pancreas sano. Il diabete vero è malattia delle persone giovani; quando invece compare in età matura, esso è secondario ad un considerevole e prolungato sforzo, a cui il pancreas fu assoggettato per anni, per effetto della persistente iperglicemia.

fil.

Diabete e stato puerperale.

(GONZALES J. B. *Rev. Med. Latino Americ.*, novembre 1926).

Dopo aver ricordato i concetti ormai ammessi sulla patogenesi del diabete, l'A. fa osservare che la gravidanza e lo stato puerperale predispongono alla glicosuria, all'iperglicemia, al diabete. In effetti, il coefficiente d'assimilazione del glucosio di 200 gr. allo stato normale, discende a 100 nella gravidanza e anche al disotto di tale cifra. La glicosuria è ugualmente frequente nella donna in stato interessante e pure frequenti sono gli accessi di diabete nelle multipare. Questi ultimi in genere scompaiono dopo il parto.

Le manifestazioni cliniche del diabete durante la gravidanza possono presentarsi sotto le seguenti forme:

glicosuria alimentare;
lactosuria;
glicosuria renale;
diabete vero.

La prima è propria delle donne obese e di quelle che vi sono predisposte e in genere scompare con un regime appropriato.

La lactosuria sopravviene generalmente all'ultimo mese della gravidanza come conseguenza della funzione mammaria di cui la secrezione si riassorbe. Scompare dopo che si è stabilito l'allattamento.

La glicosuria renale permane per tutto il tempo della gravidanza ed è caratterizzata per mancanza di iperglicemia.

Quanto al vero diabete, l'A. ricorda la rarità della gravidanza presso queste malate. Si tratta in generale di un diabete latente o discreto manifestantesi durante la gravidanza.

Il diabete interrompe quasi sempre la gravidanza durante l'ultimo trimestre, e frequentemente con feto morto. Altre volte la gravidanza giunge a termine ma il feto viene alla luce con un'enorme polisarcia ed è in tali condizioni d'inferiorità che soccombe durante il parto o poco dopo. D'altra parte la gravidanza aggrava sempre il diabete.

Circa le regole da seguire, è sopratutto la viabilità del feto, quella che le determinerà. Se si prevede che il passaggio del feto non è possibile, è meglio interrompere la gravidanza, in caso contrario esiste un'epoca ottima per interromperla, epoca determinata dalla salute della madre e dalle condizioni del feto.

I metodi che si seguiranno dovranno essere rapidi e senza perdita di sangue: bisogna praticare nel medesimo tempo un trattamento medico a base d'insulina regolato secondo il comportamento della glicemia e glicosuria.

A. POZZI.

Sulla patologia e l'etiologia dell'acondroplasia.

(D. M. ROSSIYSKY. *Revue neurologique*, feb. 1927).

L'acondroplasia o nanismo condrodistrofico è caratterizzato dalla sproporzione fra le estremità e la lunghezza della testa e del corpo, con as-

senza di altri difetti di costituzione e con integrità delle facoltà intellettive. Testa e corpo sono di grandezza normale, mentre le estremità sono molto corte. L'acondroplasia è dovuta ad un disquilibrio del processo di sviluppo endocondrale delle ossa, che consiste principalmente in una troppo lenta moltiplicazione delle cellule cartilaginee al limite della cartilagine e dell'osso in formazione, moltiplicazione che si arresta prematuramente.

La malattia è, nel più dei casi, casuale in una famiglia, ma esistono delle osservazioni di acondroplasia familiare o ereditaria, ed in certi casi essa si ripete in parecchie generazioni.

Oscura è la patogenesi e l'etiologia della malattia. Considerata un tempo come una manifestazione della sifilide ereditaria e del rachitismo uterino, successivamente le ipotesi sulla sua essenza si moltiplicarono. Ritenuta da alcuni affezione puramente locale, per altri non rappresentava che un ricordo di qualità ataviche della specie umana. Esistono poi delle teorie che ricercano la causa dell'acondroplasia in infezioni od intossicazioni trasmesse agli acondroplasici dall'organismo materno. Secondo Pierre Marie l'acondroplasia è invece il risultato dell'attività anormale delle ghiandole a secrezione interna. Fra esse l'importanza preponderante nell'etiologia del nanismo in genere appartiene all'ipofisi. È ormai chiaro il ruolo importante che la secrezione ipofisaria ha nei processi di accrescimento, e le alterazioni dell'ipofisi e della sella turcica si osservano abitualmente nei casi di nanismo. I dati sperimentali, clinici ed anatomo-patologici dimostrano a questo riguardo concordemente l'importanza della secrezione ipofisaria, tanto da giustificare l'ipotesi che anche per il nanismo condrodistrofico il fattore etiologico principale debba essere ricercato in un disquilibrio della funzione dell'ipofisi.

In un caso di acondroplasia, osservato dall'A., era evidente, all'esame con i raggi X, un accorciamento assai pronunciato delle dimensioni della cavità della sella turcica, sì da far pensare alla possibilità di una modificazione secretoria dell'ipofisi, prodottasi nel primo periodo dello sviluppo.

TOSCANO.

TERAPIA.

L'ergotamina, medicamento inibitore del simpatico.

(DREYFUS. *Paris Médical*, n. 13, 26 marzo 1927)

All'arsenale terapeutico mancava la sostanza inibitrice del simpatico; però Dale fin dal 1906 aveva segnalato le proprietà inibitrici di fronte al simpatico di un alcaloide della segale cornuta: l'ergotossina. Sarà utile riassumere le ricerche sul tartrato di ergotamina medicamento specifico del simpatico che renderà grandi servizi sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Rothlin (1926) esponendo il risultato delle sue ricerche farmaco-dinamiche ha messo in evidenza che l'effetto vaso-costrittore ottenuto per eccitazione del simpatico cervicale o splancnico con l'adrenalina viene rovesciato dalla precedente somministrazione di ergotamina; la quale inibisce l'azione accelerante dell'adrenalina sul cuore, come pure l'iperglicemia adrenalinica. Con l'ergotossina, Dale aveva ottenuto gli stessi effetti ma, mentre egli conchiuse che l'ergotossina paralizza unicamente i nervi acceleratori e lascia intatte le terminazioni delle fibre inibitrici, Rothlin ha dimostrato che l'ergotamina paralizza non solo le fibre acceleratrici o motorie ma anche le fibre inibitrici del simpatico. Vi è un antagonismo parallelo tra l'azione della adrenalina e quella della ergotamina di fronte al simpatico, che si può paragonare all'antagonismo tra la pilocarpina e l'atropina di fronte al parasimpatico: L'ergotamina è quindi la sostanza che produce una sezione fisiologica del simpatico come l'atropina produce una sezione fisiologica del vago. Per questo l'ergotamina viene posta dal punto di vista diagnostico tra le sostanze ad azione specifica sul sistema neuro-vegetativo.

Dal punto di vista terapeutico essa sarà per il simpatico ciò che è l'atropina per il parasimpatico. Numerose pubblicazioni concernono l'applicazione dell'ergotamina in tutti i domini in cui può essere in gioco la simpaticotonia.

Nel morbo di Basedow, Forges ed Adelsberg hanno per primi tentato il trattamento con l'ergotamina: su 22 casi trattati 15 migliorarono nettamente: diminuì la tachicardia ed il tremore, scomparve l'insonnia. Merche ha rilevato una notevole diminuzione del metabolismo basale ed identico risultato viene segnalato in uno studio non ancora pubblicato del prof. Loeffler. Però accanto a successi, alcuni sperimentatori hanno visto dei casi negativi i quali potrebbero trovare la loro spiegazione nel fatto che spesso nel Basedow predomina la vagotonia (Sainton e Guillaumont). Bouckaert e Rutz insistono sul valore della ergotamina nel trattamento pre- e post-operatorio del gozzo.

L'ergotamina è stata impiegata con successo nella tachicardia parossistica nella cui produzione la simpaticotonia interviene per lo meno in parte.

Thiel lo ha somministrato nel glaucoma simplex che egli considera come una manifestazione

simpaticotonica ed ha constatato in un'ora la caduta della pressione oculare di vari mm. di Hg.

Infine l'ergotamina si è mostrata efficace in alcuni disturbi della menopausa, in certe emicranie, nella orticaria, nelle intossicazioni da cocaina e Brack ha constatato uno spiccato miglioramento di un prurito vulvare che aveva resistito ad ogni trattamento anteriore.

Il tartrato di ergotamina trovasi in commercio col nome di *Gynergene* « *Sandoz* »: il modo di somministrazione più accetto è quello in compresse (0,001 di principio attivo). Si danno da due a cinque compresse al giorno per 1-3 settimane separate da un intervallo da tre a cinque giorni. Allo scopo di saggiare la sensibilità del malato le compresse devono essere assunte una alla volta.

PALLADINI.

Cura delle sincopi durante l'anestesia con le iniezioni intracardiache di adrenalina.

(TOUPET. *Journal Méd. Français*, n. 12, 1926).

L'A. fa rilevare come malgrado gli sforzi fatti per volgarizzare tale metodo di cura molti chirurgi siano restii ad usarlo per gli insuccessi che alle volte si sono verificati. Ma, ciò deve attribuirsi essenzialmente al ritardo dell'uso di tale metodo, avendo ricorso all'adrenalina dopo 7-8 minuti di trazione della lingua e di respirazione artificiale. In questi casi l'adrenalina non può determinare che una rianimazione temporanea del cuore, poichè il sistema nervoso, molto fragile nell'uomo, presenta già delle lesioni irrimediabili. Non bisogna richiedere all'adrenalina più di quello che può dare, specialmente quando la sincope è dovuta ad altre cause che non siano quelle inerenti all'anestesia. Alcune ricerche di fisiologi hanno cercato di dare un certo discredito al metodo e ad indurre i chirurgi ad essere prudenti nell'uso; specie Bardier e Stillmunkes con il lavoro sulle sincopi adrenalino-cloroformiche e del Petzetakis con l'altro sulla sincope adrenalinica.

Alcuni chirurgi temono anche la lesione del fascio di His o di un'arteria coronaria o sono impauriti di poter determinare con la puntura del cuore una grave emorragia.

Per quello che si riferisce ai danni dell'iniezione intracardiaca in generale e delle iniezioni di adrenalina in particolare in Germania si è abusato delle iniezioni intracardiache (digitalina, caffeina) in casi di asistolie gravi. Tutti gli autori sono d'accordo nel pensare che i danni determinati dall'ago sono illusorii e che spesso all'autopsia non si riscontra versamento pericardico e che con difficoltà estrema si è potuto ritrovare traccia della puntura. L'A. in due autopsie di soggetti a cui era stata praticata l'iniezione intracardiaca non è riuscito affatto a rintracciare la puntura determinata dall'ago. Ha praticato anche esperienze sul cuore del cane ed il risultato è stato sempre negativo.

L'arteria coronaria difficilmente viene ferita e se lo fosse l'emorragia sarebbe minima nè potrebbe uccidere il paziente. Quanto alla lesione del fascio di His la probabilità di ferirlo è minima.

Che cosa si deve pensare della sincope adrenalino-cloroformica e della sincope adrenalinica pura? A questo proposito l'A. ricorda i lavori di Bardier e Stillmunkés i quali hanno fatto esperienze sui cani, animali come si sa dalla fisiologia molto sensibili al cloroformio. Essi hanno notato che nei cani cloroformizzati l'adrenalina somministrata per via endovenosa o cardiaca porta alla morte del cuore per fibrillazione. Altri fisiologi invece hanno una opinione diversa. Winter fin dal 1905 rianimava con iniezioni intracardiache di adrenalina i cani in cui il cuore si era paralizzato per il cloroformio e propose per il primo l'iniezione attraverso la parete toracica nell'uomo. Seguirono i lavori di Crile (1906) e Mocquot (1909). Per quello che si riferisce alla sincope adrenalinica descritta da Petzetakis l'A. non è della stessa opinione poichè il Petzetakis stesso afferma che l'iniezione endovenosa di una soluzione di adrenalina all'1 per 4 mila nella dose di un centimetro cubico ha determinato in tutti i pazienti disturbi sincopali tanto da dover ricorrere ad iniezioni cardiotoniche. L'A. invece riferisce come sistematicamente abbia praticato iniezioni di siero adrenalinizzato in soggetti operati e che presentavano grave emorragia iniettando così da 2 a 3 milligrammi di adrenalina senza alcun inconveniente. Si potrebbe obiettare in questo caso che il non verificarsi dei danni sia dovuto al fatto della diminuzione della sostanza ma egli ricorda come in 5 operati ha praticato iniezioni di un milligrammo di adrenalina per via endovenosa dato che lo stato sincopale non era grave e quindi non necessaria l'iniezione intracardiaca. In tutti e 5 i casi ebbe ottimi risultati. Per quello che si riferisce alle indicazioni della tecnica del metodo ricorda come sia necessaria la massima sorveglianza nel decorso dell'anestesia e che al minimo allarme respiratorio sia opportuno praticare rapidamente e tecnicamente la respirazione artificiale. Dopo 1 minuto se il risultato è nullo

bisogna vedere se il polso è percepibile o meno; se sì, basta una iniezione endovenosa di 1 milligrammo di adrenalina, se no, non bisogna esitare e si deve ricorrere subito all'iniezione intracardiaca senza considerare se la sincope sia cardiaca o respiratoria. Quanto allo strumentario necessario basta una siringa da 2 centimetri cubici di una soluzione di adrenalina al millesimo ed un ago fino lungo da 6 a 8 centimetri. L'A. si serve di fiale fresche di adrenalina rinnovate ogni mese. Quanto alla sede di elezione per l'iniezione l'A. ha dimostrato sperimentalmente sui cani che l'iniezione può essere fatta in qualunque punto del cuore: ventricolo o orecchietta, parete o cavità. Egli pratica una puntura nel 4° spazio intercostale sinistro sul bordo sinistro dello sterno; l'ago è introdotto dolcemente fino che si ha la sensazione di essere nel muscolo cardiaco e allora se il cuore non è completamente arrestato il padiglione dell'ago presenta delle oscillazioni. Per quello che si riferisce alla dose occorre iniettare un centimetro cubico di soluzione all'1 ‰ e se il battito cardiaco non si ripresenta è necessario ripetere l'iniezione. Occorre ricordare che l'adrenalina ha un'azione rapida, passeggera, violenta e che si elimina molto rapidamente. L'A. ha praticato fino a 3 iniezioni successive con ottimo risultato. L'A. non crede di seguire il consiglio di Crile il quale in un caso di sopravvivenza dopo l'iniezione aveva iniettato 10 milligrammi di adrenalina.

Gli effetti sono quasi immediati. Appena che il cuore è rianimato occorre praticare la respirazione artificiale fino a che l'automatismo del centro respiratorio sia completamente ristabilito. Il tempo di ritorno è vario. Secondo le esperienze dell'A. varia da 2 a 8 minuti.

Nelle sincopi secondarie a rachianestesia, considerato che la sostanza si elimina lentamente, è opportuno seguire il paziente e al minimo allarme di sincope praticare la respirazione artificiale e all'occorrenza rinnovare l'iniezione intracardiaca. L'A. oltre l'iniezione intracardiaca di adrenalina pratica contemporaneamente l'iniezione ipodermica di caffeina e per mantenere costante il tono cardiaco inietta per via endovenosa la digitalina. Quando la sincope compare durante la laparatomia consiglia di praticare il massaggio transdiaframmatico del cuore. Per quello che si riferisce ai risultati l'A. riporta 46 casi in cui è stata usata l'iniezione intracardiaca di adrenalina con 23 guarigioni nella proporzione cioè di 50 % di successi, e conclude affermando come sia opportuno praticare le iniezioni in tempo e continuare la respirazione artificiale.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Prof. FRANCESCO VALAGUSSA. *Il Bambino.* Consigli d'igiene alle madri. IV Edizione notevolmente ampliata. Un vol. in 8° di 244 pag. con 84 fig. L. Pozzi ed. Roma 1927, Prezzo L. 25.

La necessità di una razionale assistenza all'infanzia è ormai entrata nella coscienza di tutti; per troppo tempo si è lasciato che le madri allevassero la loro prole con i consigli delle vecchie comari, forniti da un'esperienza a base di dannosi pregiudizî, con i noti effetti deleterii esplicantisi nell'elevata mortalità infantile. Adesso, per fortuna, le cose sono cambiate, ma spesso le mamme sono incerte sul da farsi e non sanno a chi rivolgersi per un consiglio sopra qualche particolare dell'allevamento e dell'assistenza. I consueti manuali di igiene infantile non sono sempre di grande aiuto, soprattutto per l'esposizione troppo sistematica, più che altro adatta ad uno studioso e che esige la lettura di tutto il libro per conoscere tanti particolari.

Ben diverso deve essere il consigliere delle mamme: un libro che sia semplice e piano e che risponda specialmente alle necessità reali, che valga cioè a togliere dubbi ed incertezze, con risposte chiare e precise, che indichi la linea di condotta da tenersi e non sfiori nemmeno le questioni che sono di pura spettanza del medico.

Tale è appunto il fortunato (*Faber est suae quisque fortunae*) libro del chiaro Pediatra di Roma. L'A. si mette a fianco della mamma che, incerta sul da farsi, gli domanda come deve regolarsi in una data circostanza. Ed il libro risulta così di una serie di domande e risposte, raggruppate in capitoli omogenei. E le domande sono rampollate non soltanto dalla vasta esperienza clinica dell'A., ma vengono sopratutto dalle stesse madri e sono quindi in pieno accordo con le condizioni reali. L'A., di fatto, ha avuto la pazienza di raccogliere per anni tutte le domande *sensate* che gli venivano rivolte dalle madri di tutti i ceti sociali ed ha così potuto bene conoscere quali sono gli argomenti su cui le madri insistono maggiormente, quelli in cui rimangono più dubbiose e per i quali vi è maggior bisogno di schiarimenti.

Ne viene, di conseguenza, che il libro è impostato con un senso pratico che spesso difetta in manuali di tal genere, mentre poi il sistema delle domande e risposte lo rende accessibile a tutte le menti e dà al libro un caldo soffio di vita.

La massima parte del volume è dedicata, come è naturale, all'alimentazione, che ha tanta impor-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tanza nell'età infantile ed è così spesso causa di disturbi e malattie. Ecco qui la futura mamma che, prima del parto, domanda se potrà allattare; un'altra che richiede quale sia la posizione migliore per dare il seno al bambino; ed una serie di figure glielo spiega chiaramente. E la scelta della balia, il modo di comportarsi con essa, tutte le questioni riguardanti l'allattamento artificiale, il divezzamento, l'alimentazione del bambino dal 2° al 4° anno sono largamente trattate nei loro minimi particolari.

Ma ecco che la mamma, impensierita davanti al bambino che piange, affolla di domande: cosa rappresenta il pianto nel bambino? Si può capire dal suo pianto che cosa vuole indicare? Quanto tempo può piangere un bambino piccolo? Quale è il pianto per capriccio? e così via; ed il paziente consigliere sa trovare una risposta adeguata per tutto. E così di questo passo per il modo di vestire il bambino, per il sonno, per le cure climatiche e solari, ecc. Seguono poche nozioni in riguardo alle malattie, dirette soprattutto alla profilassi di quelle contagiose, al momento in cui si debba chiamare il medico, all'assistenza al malato. Da ultimo le ricette di bagni medicati, di alimenti e bevande.

La consultazione di questo libro sarà utile anche al medico di famiglia che si trova talora imbarazzato davanti a certe domande di dettaglio che gli rivolgono le mamme e che potrà, per bocca dell'A., dimostrare la sua pratica di igiene infantile e dare un prezioso consiglio.

Un libro fatto bene, che risponde ai reali bisogni della pratica e che si presenta in simpatica veste di signorile semplicità con una suggestiva tricromia che riproduce un quadro di Sartorio.

Le tre edizioni rapidamente esauritesi in pochi anni dimostrano, del resto, il largo favore con cui esso è stato accolto. A. FILIPPINI.

MAYERHOFER E. e PIRQUET C. *Lexicon der Ernährungskunde*. V. puntata. J. Springer ed. Prezzo Marchi 16,50.

Si completa con questa puntata, che va da « Ruböl' a « Zwiebel », il dizionario dell'alimentazione edito a cura dei due autori citati, di cui si è già data notizia. Fra gli articoli più interessanti e più largamente trattati in questo fascicolo, sono da citarsi quello sulla storia primitiva dell'alimentazione e sulle vitamine. Seguono diverse tabelle sulla composizione e sul valore calorico degli alimenti. Da ultimo si trova un elenco di tutti gli alimenti, designati secondo il sistema decimale di Pirquet.

Il libro costituisce un utile repertorio di tutto quanto riguarda la scienza dell'alimentazione.

fil.

CONFERENZE.

I disturbi funzionali dei vasi ed il loro trattamento.

(H. SCHLESINGER. *Deutsche med. Wochenschrift*, 18 febbr. 1927).

In questa conferenza, tenuta alla Società di medicina interna di Berlino, l'A. mette in rilievo quale sia l'interesse che presenta tale argomento, il quale è tanto vasto da rendere necessario di limitare la trattazione ai vasi addominali ed alle arterie delle estremità, tralasciando quella dell'angina pectoris.

Di capitale importanza clinica, sono in questi disturbi gli svariati fenomeni vasomotorii. È necessario anzitutto ammettere una certa labilità in rapporto con l'innervazione dei vasi e con il loro stato di riempimento, labilità che, secondo i diversi autori, è stata denominata instabilità, atassia vasomotoria, disturbi di coordinazione del circolo. Sono conservati soltanto in parte i riflessi vasali normali, che invece sono più o meno modificati nella maggior parte degli individui che sono affetti da tali disturbi. Gli stimoli, che nel sano portano alla dilatazione arteriosa, in tali individui, invece, o non provocano affatto dilatazione, oppure la danno tardiva (la soglia dello stimolo per il riflesso vasale è elevata) oppure si arriva addirittura all'inversione del riflesso vasale.

Mentre, in condizioni normali, al muscolo che lavora arriva per via reflessa una maggior quantità di sangue arterioso, in molte di queste affezioni (claudicazione intermittente, dispragia intestinale, angina addominale) si ha un'esplicita diminuzione dell'afflusso di sangue, in conseguenza dell'angiospasmo.

Ma vi è anche un'altra modificazione dei processi reflessi che può denominarsi « disriflessia vasomotoria ». Sono da ascriversi ad essa quegli abnormi riflessi vasali che possono appartenere al gruppo dei normali oppure a quello degli inversi. Reazioni straordinariamente vivaci ad un leggero stimolo, notevoli oscillazioni dei riflessi vasali in ristretti limiti di tempo, passaggio degli spasmi arteriosi alle vene, sono i disturbi più frequenti che colpiscono particolarmente i vasocostrittori. Si trova così spesso un'esuberanza dei processi riflessi; il riflesso vasocostrittore normale od inverso, in conseguenza di stimoli meccanici e termici, è di intensità non corrispondente alla causa che lo ha prodotto, di durata non comune, sicchè spesso continua per ore o giorni, come accade per la claudicazione intermittente e la sindrome di Raynaud. Talvolta lo stesso riposo ed il caldo del letto provocano un angio-

spasmo che, in tal caso, è un processo reflesso del tutto insolito.

Tre specie di riflessi vasali modificati si osservano in questi tipi di malattie: 1) R. normale reso difficile; 2) R. inverso; 3) Disriflessia vasomotoria.

In tutte queste malattie, si hanno sempre manifestazioni dolorose che, al pari di tutti i fenomeni vasomotorii, hanno carattere intermittente e si hanno contemporaneamente agli accessi vasali.

Trattasi, in generale, di stati morbosi che durano per anni, talvolta interrotti da periodi di calma. Singolare è la circostanza che i fenomeni morbosi si accompagnano spesso a malattie organiche dei vasi che hanno a loro volta le proprie caratteristiche, sia in presenza che in assenza dei disturbi funzionali. Si deve poi tener presente che, nè il morbo di Raynaud, nè la claudicazione intermittente, nè la eritromelalgia sono da considerarsi soltanto come sintomi; esse sono malattie a sè. Accanto agli stati morbosi ben definiti, ve ne sono poi di incompleti e delle forme di passaggio ad altre malattie vasali funzionali.

Spesso si osserva la combinazione di parecchie malattie vasali funzionali, come, p. es., del morbo di Raynaud con la eritromelalgia, dell'angina addominale e della dispragia intestinale con la claudicazione intermittente. L'affinità fra questi stati morbosi viene anche provata dal fatto che sono uguali i momenti che li provocano e simile è pure la terapia.

È inoltre da rilevarsi che la massima parte di questi malati presenta una costituzione neuropatica che indubbiamente favorisce i disturbi vasali funzionali e che spesso si osserva in essi una particolare delicatezza delle arterie.

Nel dominio dei vasi addominali, abbiamo l'angina addominale, la dispragia intermittente dei vasi addominali, con la sua sottospecie, l'occlusione intermittente dell'intestino e le crisi vasali intestinali di Pal.

Pal tende a spiegare la genesi dei diversi stati dolorosi intermittenti nella parte superiore dell'addome, per mezzo dell'alta tensione arteriosa. Egli include fra le crisi addominali la colica da piombo, l'angina addominale e le crisi tabiche. Secondo tale A. la relativa ripienezza delle arterie mesenteriche, con l'ischemia della parete intestinale porta la distensione e la tortuosità dei vasi così iperemizzati e degli stiracchiamenti del mesenterio e dei tessuti sensibili circostanti e ciò provoca gli accessi dolorosi. Questa genesi è bene applicabile alla colica saturnina ed all'angina addominale, ma non così alle crisi tabetiche, in cui l'A. anche in casi gravi, non ha mai osservato elevata pressione arteriosa.

L'*angina addominale* è troppo poco conosciuta dal medico pratico, sebbene essa sia nota da parecchi decennii e non sia affatto rara. I dolori addominali, la sensazione di ripienezza e non raramente anche di annientamento sono spesso provocati (come per l'angina pectoris) da sforzi, emozioni psichiche, da abbondanti pasti o libazioni alcooliche. I dolori hanno sede nella parte alta dell'addome ed attorno all'ombelico, diffondendosi talora al petto, al braccio sinistro, alla mandibola. La pressione sanguigna è il più spesso (ma non sempre) elevata, ma talora anche decisamente abbassata.

In presenza di un accesso stenocardico tipico, la diagnosi si fa considerando i momenti che lo hanno provocato, la grande dolorabilità, il senso di annientamento e gli effetti della terapia; spesso, ma non sempre, si ha una particolare sensibilità dell'aorta addominale.

Secondo l'A. sono da distinguere tre forme di questa sindrome: 1) gastrica, 2) intestinale; 3) reno-vescicale. Sede della prima è la parte superiore dell'addome, dove si ha spesso meteorismo locale; alla fine dell'accesso si hanno frequentemente eruttazioni. La forma intestinale si accompagna a grande meteorismo; i malati, all'acme dell'accesso, hanno imperioso bisogno di defecare. L'A. ebbe due volte occasione di vedere terminare tali accessi con la morte e ritiene che buona parte dei casi di individui che muoiono mentre sono alla latrina siano stati colpiti da angina addominale.

Nella terza forma, assai rara, si ha tormentoso bisogno di urinare, accompagnato da dolore ai fianchi, da senso di annientamento; anche in questi casi, si può avere l'irradiazione dei dolori ed il passaggio alla tipica forma anginosa.

Nei casi seguiti da morte, in cui si potè fare l'autopsia, si trovarono alterazioni sclerotiche dell'aorta addominale e delle arterie mesenteriche, talora anche delle coronarie.

Molto pia raro è il quadro della *dispragia intestinale*. All'acme della digestione, si viene manifestando con dolori molto forti il meteorismo che dura parecchie ore, senza movimento delle anse intestinali. Vi si accompagnano aritmia, eruttazioni, costipazione ostinata, aumento della putrefazione intestinale. La malattia può manifestarsi con una serie di accessi, separati da intervalli di benessere. La diuretina ed altri vasodilatatori troncano spesso gli accessi. La diagnosi richiede grandi cautele ed è sicura soltanto con una prolungata osservazione. Ancor più rara è la manifestazione della dispragia intestinale con il quadro di un'occlusione intestinale intermittente.

In un caso dell'A. si trattava di un uomo tren

tenne, ammalatosi con il quadro di occlusione intestinale e vomito fecale. La consueta terapia fu inefficace. Alla laparotomia, si osservò: intestino fortemente impallidito, tortuosità delle arterie mesenteriche, nessun ostacolo meccanico. Dopo la laparotomia, spontanea emissione di feci e di gas. Successivamente, cura mercuriale e di teobromina; il paziente rimase a lungo senza disturbi. Ebbe poi, in 3 anni 5 accessi analoghi, che guarirono spontaneamente in 2-3 giorni. Fu in séguito laparotomizzato due volte, in altri ospedali senza successo.

Questi tre stati morbosi hanno un substrato anatomico, sviluppandosi in individui con alterazioni ateromatose delle arterie o con mesarterite luetica. Con il sopraggiungere dell'angiospasmo, si ha una volta l'angina addominale, un'altra la dispragia intestinale, un'altra l'ileo intermittente di genesi vascolare. La risoluzione dello spasmo ridà la libera circolazione e la fine dell'accesso.

La contrattilità può essere favorita da influenze tossiche, fra cui principalmente l'abuso di tabacco; di alcool, di spezie. Gli accessi vengono poi provocati dagli stessi momenti che per l'angina addominale. L'angiospasmo provocherebbe poi i dolori per l'irritazione delle fibre sensitive che circondano i vasi, ma è anche probabile che la stessa ischemia di alto grado dello stomaco e dell'intestino sia dolorosa.

La terapia è interna, sintomatica; il successo dei mezzi che calmano la contrazione agevola la diagnosi.

AFFEZIONI LOCALIZZATE ALLE ESTREMITÀ.

Primeggia fra queste la sindrome di Raynaud, che solo raramente è completa in tutti i suoi sintomi. Se si includono in essa anche i casi del semplice « dito morto », si deve concludere che le forme fruste siano la maggioranza. Dei tre stadî della malattia, sincope simmetrica locale, asfissia locale e gangrena simmetrica, si hanno di solito soltanto i primi due, mentre il terzo si osserva soltanto raramente ed occasionalmente.

Anche per questa malattia, si devono distinguere le forme puramente sintomatiche da quelle che costituiscono una malattia a sè. Di solito, il complesso sintomatico è soltanto una manifestazione parziale di altre malattie. Più rari sono i casi di malattia autonoma, accompagnata da sclerosi delle arterie delle estremità e qualche volta combinata a claudicazione intermittente. La malattia vasale può essere di natura ateromatosa, sifilitica o traumatica, oppure può trattarsi di endoarterite obliterante.

L'affezione può svilupparsi dopo infezioni di varia specie e dopo intossicazioni. Le malattie organiche dei nervi e così pure le discrasie possono dare il quadro sintomatico. Molto discusso è il rapporto con la sclerodermia.

Vi sono poi forme di passaggio all'eritromelalgia. Dopo la sincope locale, si ha, invece della colorazione blu-rossastra delle parti, gonfiore doloroso ed un colore rosso (chiaro o scuro), con sensazione di caldo, tutti fatti che, dopo alcune ore retrocedono.

L'esito finale del morbo di Raynaud è la gangrena, che non è sempre simmetrica, oppure alterazioni delle dita con il carattere di sclerodattilia, piccole perdite di sostanza e cicatrici dei polpastrelli e, nei casi soltanto sintomatici, guarigione. La gangrena non è sempre da riferirsi ai soli disturbi circolatorii, ma spesso a quelli di innervazione trofica.

Gli accessi sono spiegabili con lo stato di irritazione di tutto il sistema vaso-motorio. Specialmente la circostanza che il complesso sintomatico si osserva nelle malattie organiche del sistema nervoso centrale (tabe, sinringomielia, traumi spinali) ed in unione con la neurosi generale è un appoggio per l'opinione di molti autori che sia necessaria per la manifestazione della malattia l'eccitazione dei centri vaso-motorii, alti e bassi. Ed anche, quando la malattia di Raynaud è puramente sintomatica, è lo stato di irritazione centrale che rende possibile la comparsa delle manifestazioni vasomotorie e trofiche.

Per quanto riguarda l'*eritromelalgia*, l'A. mette in rilievo che, accanto alla malattia autonoma, è ancor più frequente tale manifestazione nella poliglobulia, con o senza ipertensione. Talvolta si hanno anche sintomi eritromelalgici in alterazioni vasali di natura arteriosclerotica. È questa l'unica delle alterazioni che ci occupano che vada di pari passo con l'iperemia attiva ed, apparentemente, con uno stato di irritazione dei vaso-dilatatori, che ad ogni modo prevalgono sui vasocostrittori. Nei casi di malattie vasali, si deve ammettere un disturbo periferico del meccanismo reflesso; l'accesso viene provocato per via reflessa dai nervi afferenti che partono dalla parete vasale ammalata.

Nella *claudicazione intermittente*, il disturbo è così evidente che il più delle volte basta l'anamnesi per impostare la diagnosi. Il malato, dopo aver camminato più o meno a lungo, è costretto a fermarsi e può, dopo un breve riposo, continuare. Sono talora manifestazioni di irritazione o di paralisi, oppure dolori o parestesie tormentose, che impediscono il cammino. Se a questi disturbi si accompagna la mancanza di una o più pulsazioni delle arterie della gamba, la diagnosi può ritenersi sicura.

La claudicazione intermittente è quasi sempre un sintomo di malattia organica vasale e più raramente si ha come malattia autonoma. Tutte le malattie croniche dei vasi possono darla quando agiscono sull'arteria malata determinati stimoli. Essa rappresenta un complesso sintomatico tipico che dimostra una malattia delle arterie della gamba, di qualunque natura essa sia.

Vi sono però di regola delle cause predisponenti. L'angioneurosi colpisce il più spesso degli individui neuropatici e si manifesta spesso in quelli con tare nervose ereditarie e nelle fragilità ereditarie dei vasi. Da rilevarsi è l'importanza della razza; dei 188 casi dell'A. 102 erano ebrei. Assai frequente essa è al Giappone. Prevale negli uomini (173 contro 13 donne), si ha più spesso fra i 31 ed i 70 anni, (massimo fra 51 e 60). Può accompagnarsi ad ipertensione, ma talora anche a tensione normale o più bassa. La presenza di varici (ritenuta da taluno molto importante) è tutt'altro che costante (19 casi su 188); abbastanza frequente è il diabete (36 su 188).

Tra i fattori che la determinano, sembra importante il tabacco (155 forti fumatori, e 19 non fumatori nella statistica dell'A.), verso il quale tali malati sono intolleranti, sicchè basta che ne usino un poco nella convalescenza per determinare una ricaduta.

Talvolta possono essere in causa l'alcool e le droghe, oppure influenze termiche, eccitazioni psichiche, sforzi fisici, od anche traumi. Interessante è la frequenza della stenocardia (1/6 del totale) e, siccome la terapia delle due affezioni è analoga, si è portati ad ammettere la contrazione delle coronarie come causa dell'accesso stenocardiaco.

Non provata invece è l'associazione con il piede piatto; in casi di claudicazione intermittente, viene spesso fatta diagnosi erronea di piede piatto.

Fra le manifestazioni cliniche, è importante la mancanza delle pulsazioni della pedidia. Così pure ha notevole significato l'inversione dei riflessi dopo il cammino, l'azione del calore e della pressione. La prevalenza dei vaso-costrittori, rispettivamente la disriflessia, portano spesso a spasmi durevoli, con pallore delle estremità, che dura a lungo; in qualche caso, si ha una particolare reazione alla stricnina (dilatazione vasale).

Si osservano talora contrazioni fibrillari dei piccoli muscoli del piede dopo i movimenti (21 volte su 188), fenomeni che scompaiono col miglioramento delle condizioni.

Per quanto riguarda il decorso, si devono distinguere le forme benigne, da quelle maligne, che portano in breve tempo ed irrimediabilmente alla gangrena.

LA TERAPIA.

Nella terapia interna, sono consigliabili i vasodilatatori, come la teobromina, la nitroglicerina ed un medicamento preparato dall'A. con il 2 % di nitrito di sodio. Utili sono: la corrente galvanica, la diatermia ed i raggi X sulla colonna vertebrale e sulle radici nervose. Il malato dovrà astenersi dall'uso del tabacco, dell'alcool, delle droghe, dalle applicazioni calde e da ogni cura di « indurimento » delle estremità.

Sono stati proposti per la claudicazione intermittente diversi interventi chirurgici, dalle ormai abbandonate operazioni di Wieting (connessione dell'arteria e della vena all'arcata femorale) e di Oppel (asportazione di un surrene) a quella molto usata di Leriche. Nei 37 casi operati dall'A. non si ebbero mai inconvenienti; quasi tutti i malati avevano fatti di periarterite all'arcata femorale. Per la prognosi, è importante il contegno della sensibilità cutanea che, quando si mantiene nel territorio dei disturbi di circolo, indica la probabilità di miglioramento. L'operazione è però inutile, anzi dannosa, nelle forme con gangrena estesa; in questa è spesso necessaria l'amputazione. Per il successo dell'operazione di Leriche, è indispensabile tenere in ospedale i malati per almeno due mesi dopo l'intervento, impedendo loro di fare molti movimenti. Assai utile può essere per guadagnare tempo la formazione di un circolo collaterale.

Più rari sono i buoni risultati dell'operazione di Leriche nel morbo di Raynaud; solo in un caso su cinque l'A. osservò miglioramenti. Essa invece è caldamente consigliabile nella claudicazione intermittente in cui permette di salvare, almeno per un certo tempo, le estremità e di liberare i malati da tormentosi dolori. FILIPPINI.

"IL POLICLINICO"

SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il fascicolo 5 (15 Maggio 1927) conterrà:

LAVORI ORIGINALI:

I. - O. PEPI: Della sinostosi radio-cubitale superiore congenita.
II. - G. PINARDI: Sulla sifilide della ghiandola mammaria.
III. - G. RICCIUTI: Bradicardia in ferite e lesioni contusive del fegato.
IV. - F. SPECIALE: La misurazione dei glomeruli e dei vasi glomerulari nell'ipertrofia compensatoria del rene. Ricerche sperimentali.
V. - P. VALDONI: Sarcoma primitivo della vaginale del testicolo.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 6

I non abbonati alla suddetta Sezione potranno riceverlo inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, *aggiungendo* per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Gangrena polmonare a forma cronica con presenza di spirochete nelle lesioni gangrenose.

Già si sapeva che in molti casi di gangrena polmonare, col metodo di Fontana-Tribondeau si potevano mettere in evidenza, specie nella zona di invasione dei focolai gangrenosi, delle spirochete, tutte dello stesso tipo; le stesse spirochete si trovavano anche verso il centro dei focolai (zona necrotica), in compagnia di anaerobi di Veillon e di bacilli fusiformi.

Un caso diligentemente studiato da Bezançon, Moreau, Etchegoin e Bernard (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n. 36, 2 dicembre 1926) offre appunto sotto questo riguardo uno speciale interesse:

Un uomo di 49 anni, conducente di camion, che aveva goduto sempre buona salute, presenta per otto mesi una forma polmonare cronica che può far pensare alla tubercolosi; ma all'ottavo mese, l'emottisi, l'alito e gli escreati fetidi mettono il medico sull'avviso. Il p. continua nelle sue occupazioni per un altro anno, durante il quale deperisce, dimagra, espettora abbondantemente.

Alla fine, ospedalizzato, si pensa a bronchiettasia; la radiografia dimostra una opacità estesa e un'immagine cavitaria della parte inferiore del lobo superiore del polmone destro.

Riprende ancora il lavoro, poi, dopo tre mesi, ricoveratosi nuovamente in ospedale, presenta fatti biapicali, e, in luogo di una, tre cavità a destra e una a sinistra (ove il polmone prima sembrava sano) con aspetto di bolla gangrenosa, a cupola chiara e linea di livello liquido e non a forma di borsa, come le caverne tubercolari. Gli espettorati sono abbondanti: 350-400 cmc. di liquido fetido, disposto in quattro strati, in cui non si trova bacillo di Koch, ma innumerevoli altri germi (tra cui perfringens) e spirochete in gran numero. Seguì una grande vomica dopo la quale si ebbe immagine radiologica di una nuova cavità. Morte dopo due anni e mezzo di malattia.

All'autopsia, è prima di tutto da escludersi trattarsi di gangrena secondaria a bronchiettasia (focolaio come « appeso » al bronco dilatato) o a tubercolosi polmonare (sviluppo della gangrena alla superficie della parete della cavità tubercolare).

Si trattava invece di una gangrena primitiva classica, ma con andamento tutto speciale, data la sua lunga durata. Pleure ispessite e aderenti, lesioni bilaterali specie nelle parti superiori, che erano occupate da caverne gangrenose a pareti necrotizzate, anfrattuose, contenenti liquido puriforme. Tessuto circostante indurito, denso, nerastro, solcato da gettate sclerotiche.

Istologicamente, le lesioni gangrenose più recenti mostravano una zona centrale di necrosi, a elementi cellulari non riconoscibili e ricchissima di germi anaerobi, di bac. fusiformi e di spirochete. Una zona periferica, d'invasione, con elementi del parenchima riconoscibili, con cellule plasmatiche giovani infiltranti gli elementi stessi, è infarcita di spirochete, unicamente di spirochete, che diminuiscono di numero andando verso il parenchima sano.

La sclerosi domina, in ogni sua forma, sia come tessuto a cellule fusiformi in ambiente di sostanza collagena, sia come ammassi di tessuto linfoide (vere piccole « gomme »), sia come connettivo giovane, ricco di cellule e vasi neoformati. In qualche punto, vere masse caseose e follicoli simili a tubercoli, ove non è possibile però rintracciare bacilli di Koch.

Rimane ciò nonostante negli autori il dubbio che la tubercolosi complichi terminalmente queste forme *croniche* di gangrena polmonare, o vi si associ precocemente.

È molto interessante la nozione di queste forme croniche e della parte che hanno le spirochete nel determinismo della gangrena polmonare.

GARRONE.

Stato attuale delle nostre conoscenze sulla pneumonite.

In base a numerose ricerche sperimentali sugli animali e sull'uomo L. Béco (*Bruxelles médical*, 19 dic. 1926) arriva alla conclusione che il tratto respiratorio degli individui sani è sterile; è soltanto in via eccezionale che si trovano dei germi virulenti nei polmoni.

La polmonite franca è per l'A. un'infezione locale; se pure vi è spesso una « traversata sanguigna » del pneumococco, e conseguentemente la batteriemia, non vi è mai setticemia nelle forme che guariscono. Le emocolture positive sarebbero dovute ad errori di tecnica, nel senso che, insemenzando grandi quantità di sangue, si seminano anche dei germi senza che vi sia una vera setticemia. Nelle forme mortali, la pneumococcemia si ha soltanto nel 50 % dei casi.

Infiammazione primitiva del polmone, la polmonite è di origine inalatoria; pertanto nè la coriza, nè la faringite, nè la tracheo-bronchite iniziale sono frequenti. L'A. ammette l'attacco diretto del polmone da parte del pneumococco

preesistente *in situ*, sotto l'influenza di cause favorevoli, spesso estrinseche.

La mortalità media su 3500 casi in 25 anni è stata del 25 %. Secondo l'A. il siero antinfettivo, pure avendo una qualche azione sugli animali, è sprovvisto di efficacia terapeutica nell'uomo. Il trattamento con l'alcool, altre volte preconizzato, provoca delirio ed agitazione; la terapia digitalica, coscienziosamente sperimentata su 100 malati avrebbe dato risultati disastrosi. Nè migliori effetti si sono ottenuti con l'optochina o l'immunolisina.

Noi non possediamo medicazioni specifiche contro la polmonite e non è certo che le terapie, che noi usiamo contro tale malattia abbiano influenza sulla sua evoluzione, che è anzitutto regolata dalla virulenza del germe infettante.

fil.

Diagnosi erronee di tubercolosi polmonare e affezioni delle vie aeree superiori.

Dato il gran valore sociale della tubercolosi e dato che tutta la profilassi si impernia su una diagnosi precoce e giusta, non deve sembrare mai troppo insistere sugli errori diagnostici ad essa legati. E. Rist (*Revue de la tuberculose*, n. 5, ottobre 1926) su base di numerose interessanti statistiche che egli riporta, afferma che la percentuale di individui a torto sospettati nella pratica corrente come tubercolosi, deve superare il 50 %.

Le cause di errore più comuni sono: le malattie pleuro-polmonari croniche ma non tubercolari, e cioè: le bronchiectasie, le sclerosi post-pneumoniche o post-traumatiche, cisti idatidee, tumori maligni o benigni, accessi del polmone, pleuriti interlobari, enfisema, ecc. Vengono poi le malattie cardio-vascolari: emottisi da stenosi mitralica, endocardite lenta che produce febbre irregolare, dimagrimento, pallore, cachessia. L'ipertensione arteriosa e la nefrite cronica. L'ipertiroidismo, in quanto può produrre: dimagrimento rapido, sudori, instabilità termica, tachicardia, tosse secca. Le affezioni gastro-intestinali anche sono cause di errori: p. es. l'appendicite cronica, che produce dimagrimento, anoressia, astenia e febbricole. L'ulcera gastrica o duodenale, la ptosi gastrica, o del tenue, l'ipercloridria, le malattie epato-biliari provocano facilmente un dolore interscapolovertebrale che a torto si attribuisce a pleurite sulla base di segni di ascoltazione sottili e chimerici. Si aggiunga a ciò il fatto che molti medici adottano la norma (!) diagnostica che un malato in cui non si capisce nulla è un tubercoloso...

Ma la maggior parte degli errori di diagnosi deriva, in materia di tubercolosi, dalle affezioni delle vie aeree superiori. Guai a dimenticarsi che le riniti ipertrofiche, le deviazioni del setto, i polipi fanno tossire, espettorare, producono bronchite, e che le sinusiti purulente producono oltre a ciò febbricole, anoressia e dimagrimento.

Per non errare è assolutamente necessaria la collaborazione stretta tra tisiologo ed oto-rinolaringoiatra. Alcune volte si tratterà di chiedergli aiuto per tossicolosi nei quali non si trova alcun segno stetoacustico nè radiologico di lesione polmonare; altre volte si tratterà di casi di bronchite generalizzata in cui si dovrà cercare la causa.

Anche la risposta negativa dello specialista che non trova nelle vie aeree superiori alcuna causa che ci spieghi la bronchite diffusa avrà grande valore per il tisiologo. Rist cita tre casi di bronchiectasie gravi che hanno richiesta la cura col pneumotorace e la cui sola causa plausibile era una etmoidite purulenta.

Molte laringiti banali sono scambiate per tubercolari o pretubercolari. È molto importante sapere se un tisico ha una laringite tubercolare, ma non si deve dimenticare che può avere una laringite banale. Si ricordi anche che la semplice infiammazione cronica del rino-faringe, e più spesso quella dell'orofaringe può produrre tosse secca, stizzosa e ribelle. L'emottisi che è spesso provvidenziale perchè svela una tbc. latente, spesso però non è di natura tubercolare, e prima di ammetterne questa origine si devono eliminare tutte le altre cause. Tra queste sono degne di mensione: le cisti idatidee, il cancro, la gangrena polmonare, la bronchiectasia; vengono poi le malattie cardio-vascolari, cioè la stenosi mitralica, l'endocardite infettiva, l'ipertensione arteriosa con nefrite e azotemia. L'epistassi impone un esame di tutte le vie aeree superiori. Da tutto ciò risulta che per fare le cose bene è necessaria una stretta continua collaborazione di studio e di lavoro tra il tisiologo e l'oto-rinolaringoiatra.

L. TONELLI.

L'espettorazione bacillifera e l'evoluzione delle tubercolosi croniche.

Un'espettorazione permanente, che persiste indefinitamente malgrado la conservazione di un buono stato generale indica la presenza di una caverna florida, di cui non si può sperare la guarigione spontanea. Quando invece l'espettorazione è fin dal principio intermittente od episodica, indica delle lesioni spesso discrete, atipiche e probabilmente curabili.

Infine, si osservano talora delle espettorazioni

minime, persistenti, in cui nessun esame, anche molto accurato, permette di rivelare dei bacilli di Koch; soltanto l'iniezione nella cavia risolve il problema. Queste espettorazioni, secondo E. Buc e N. Picat (*Paris médical*, 1 genn. 1927) sono l'indice di lesioni precise del parenchima polmonare, ma fissate allo stesso stadio evolutivo.

fil.

Condroma primario del polmone.

Preston Hickey e Walter M. Simpson (*Acta Rad. Scand.*, XII, 1926) riportano due casi propri e 38 della letteratura. Essi ritengono che siano tuttavia più frequenti di quanto la bibliografia possa indicare.

Nessun caso è stato diagnosticato con i mezzi moderni. Su 4 casi osservati radiologicamente la diagnosi fatta era di cisti d'echinococco o cisti dermoide. Due soli furono operati: 1 da Borelius con guarigione, e 1 da Reboul, morto dopo 6 ore. Gli altri furono tutti reperti d'autopsia. Invece il loro aspetto nodoso, lobulare alla periferia con zone di ossificazione irregolarmente disseminate, con cui si presentano allo schermo, potrebbe costituire un'indicazione. Sono costituiti da tessuto cartilagineo, adiposo, fibroso e talvolta osseo, hanno un accrescimento lentissimo con scarsi disturbi. Questi tumori complessi pare derivino da formazioni bronchiali ectopiche. Gli elementi istologici di cui si compongono si trovano infatti nella struttura normale dei bronchi.

V. GHIRON.

TERAPIA.

Uso ed abuso dei nuovi medicamenti.

V. E. Henderson (*The Canadian medical assoc. journ.*, sett. 1926) mette in guardia il pratico contro l'uso troppo affrettato di medicamenti che pure alle prime esperienze sono risultati efficaci. Spesso accade che i primi sperimentatori ottengano buoni effetti sugli animali con dosi che per l'uomo sono troppo forti, il medicamento si diffonde, in grazia della propaganda delle case produttrici, mentre in pratica non risponde, sia perchè dà inconvenienti, sia perchè è inefficace; così, osserva l'A. è accaduto per il benzoato di benzile. Contro l'abuso dei nuovi rimedi, si deve tener presente quanto segue.

Insulina. Da usarsi soltanto per le precise indicazioni definite dagli scopritori e non per altre condizioni, quali: il marasma infantile, i vomiti della gravidanza, la degenerazione grassa tossica del fegato; nemmeno è stata dimostrata l'efficacia per diminuire i vomiti postoperatori.

Paratiroidina. È stata indicata nella tetania infantile, in cui però agisce meglio e più prontamente la somministrazione di cloruro d'ammonio o di calcio per bocca. La paratiroidina è forse più indicata in altri casi di turbato metabolismo del calcio, ma le precise indicazioni di somministrazione non sono ancora definite.

Pituitrina. Il suo uso per facilitare il parto deve essere circondato dalle necessarie cautele: indicazioni precise, incominciare con dosi minime da aumentarsi se se ne rileva l'efficacia.

Luminal. Ha un'azione più pronta che i bromuri; deve quindi essere dato intermittentemente, oppure quando si prevede l'imminenza di un attacco. Il suo uso però deve essere circondato da cautele nel senso che va somministrato soltanto dietro prescrizione medica, come un qualsiasi altro ipnotico.

Chinidina. Sono citati dei casi di morte sopravvenuta dopo che il malato sembrava guarito. Essa deve essere somministrata soltanto dopo che si sia esattamente riconociuta la fibrillazione. Il paziente poi deve essere tenuto in letto anche se si sente meglio, fino a che il cuore abbia ripresa la sua attività. Deve essere sempre saggiata la tolleranza del malato, incominciando con dosi piccole (30 cg.); il suo uso dovrebbe per ora essere lasciato all'esercizio ospedaliero.

Novasurol. È un sale doppio sodico di acido ossimercuri-clorofenossil-acetico e veronal, consigliato per la cura degli edemi e realmente in certi casi determina una grande perdita di acqua e cloruri che porta alla scomparsa dell'edema. Ma le condizioni di somministrazione non sono ben definite, perchè in alcuni casi si dimostra inefficace; inoltre esso non è privo di effetti tossici; dolori addominali, tenesmo, diarrea, brividi, sudori, gengiviti, sicchè è bene che per ora il pratico si astenga dall'usarlo.

Mercurocromo. È vantato come un efficace disinfettante delle infezioni del tratto urinario; esso è particolarmente utile nei casi da strepto- e stafilococco, meno in quelli da gonococco. Sono inoltre frequenti le reazioni tossiche, consistenti in prostrazioni, brividi e diarrea. Il pratico potrà ottenere con esso dei risultati brillanti in alcuni casi, ma del tutto negativi in altri, specialmente in quelli cronici, che sono i più noiosi da trattare.

Novatofan e *cincofene.* Gli effetti del primo sono sintomatici piuttosto che curativi. Per quanto riguarda il secondo, preconizzato contro le infezioni reumatiche, si osserva che essa, alle alte dosi necessarie, determina fenomeni tossici analoghi a quelli dei salicilati e, più frequentemente che con questi, dà disturbi vasomotorii, che portano a reazioni di orticaria. Ha più che altro un effetto palliativo sul dolore ed è da sconsigliarsene l'uso al profano.

L'A. conclude osservando che la maggior parte dei medicamenti raccomandati dalla pubblicità è di scarso o nessun valore e che il medico, usando accuratamente le droghe inscritte nella Farmacopea può fare molto più bene ai suoi pazienti che non ascoltando i troppo interessati argomenti delle case produttrici.

fil.

Le morti da siero.

La medicazione con i sieri incomincia a perdere la fiducia del medico. Essi si dimostrano meno attivi; dove bastavano 20 cmc. di siero antidifterico, ne occorrono ora 60; altri sieri, come quello antimeningococcico perdono la loro efficacia, quello B, p. es., si dimostra quasi inattivo e sembra talora dare aggravamenti.

A questo si aggiunge che i sieri sembrano ora più tossici. Una volta gli accidenti da siero erano rari, od almeno benigni; oggi le catastrofi si sono moltiplicate. La causa degli accidenti, si dice, consiste nelle albumine eterogenee; sopprimiamole dunque e vediamo se il siero diventa atossico e conserva le proprietà curative.

Ramona ha allestito un siero, a cui ha dato il nome di antitossina purificata, parzialmente disalbuminato, che contiene soltanto delle pseudoglobuline; il prodotto è attivo, ma non elimina gli inconvenienti che si verificano con esso, come con altri (febbre, eruzioni, artralgie).

La malattia in cui il siero espone maggiormente alla morte è l'asma. Una volta, l'asma forse non guariva, ma uccideva raramente e, quando i reni ed il cuore erano indenni, il malato viveva a lungo. Ecco invece che, con l'uso del siero antidifterico o di quello normale, si sono avuti dei casi di morte; Lamson (rif. in *Journ. des praticiens*, 6 nov. 1926) ne cita 5, ma il numero è probabilmente maggiore.

Una prima iniezione può determinare la morte. Vedel e Puech iniettano del siero di cavallo ad un « febbricitante cronico ». Otto giorni dopo, la febbre è più elevata, si ha eritema a tipo di orticaria generalizzato; dopo altri 4 giorni, edema della faccia e delle palpebre; all'indomani, morte; l'autopsia non ha dimostrato che un certo grado d'insufficienza epatica.

Deroide inietta del siero antitetanico ad una bambina di 6 anni; morte dopo pochi minuti. Lesnè e Barreau, in un bambino di 4 anni con angina difterica benigna fanno un'iniezione di 50 cmc. di siero antidifterico e lo vedono morire in pochi minuti. Altri disastri del genere sono citati da altri autori.

La causa della morte è molto oscura. L'anafilassi non spiega tutto e vi sono fatti che sfuggono ad ogni interpretazione. L'insufficienza epatica non vi è sempre. Bisogna però tener presente che *si tratta di un'evenienza rara*, poichè si calcola un caso di morte su 75,000 iniezioni.

Ad ogni modo è bene che i medici siano prevenuti, tanto più che, anche facendo astrazione dai casi di morte, gli accidenti si sono moltiplicati. Oltre alle eruzioni di orticaria ed alle artralgie, segnalate da principio, si citano ora: adeniti, orchiti, paralisi amiotrofiche, consecutive a polinevriti, pseudotabe, pleuriti da siero. Particolarmente gravi sono le polinevriti e la pseudotabe che possono persistere per dei mesi.

Il pratico sarà quindi prudente coi sieri e non li userà che in caso di bisogno. Gli asmatici non ne hanno bisogno; occorre la certezza di una malattia grave per ricorrere a questa medicazione. In caso di difterite, non si esiterà, ma si dovrà ricorrere al metodo di Besredka, iniettando dapprima un cmc. e, 4 ore dopo, il resto; in caso di gravità non si attenderà che mezz'ora. Ad ogni modo è bene preavvisare la famiglia della possibilità di qualche incidente.

fil.

La terapia proteinica e il suo meccanismo di azione.

La terapia proteinica agisce determinando un processo infiammatorio in corrispondenza ai focolai morbosi. L'afflusso di liquidi organici e di cellule contribuisce a sopraffare i germi patogeni.

Se tale concezione è esatta la proteinoterapia deve agire soltanto contro i germi stessi non già contro le loro tossine. Ricerche sperimentali eseguite in tale senso da Wolf-Eisner (*Munchn. med. Wochenschr.*, n. 50, 1926) confermano quanto è stato esposto. La proteinoterapia non riuscì infatti a salvare cavie e topi dalla dose minima mortale di ricina, di tossina difterica, di tossina tetanica.

POLLITZER.

Il lipiodol in terapia.

Oltre al valore del lipiodol per la diagnosi, J. A. Sicard (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, 28 agosto 1926) mette in rilievo i vantaggi di tale medicamento in terapia. Tutti i dolori chiamati essenziali o reumatici migliorano notevolmente con l'iniezione locale di lipiodol, di cui se ne iniettano, *loco dolenti*, 5-10 cmc.; l'iniezione deve essere profonda, se possibile, allo stesso livello dell'osso.

Si ottengono così buoni risultati nelle sciatiche alte e nelle mediane, facendo l'iniezione a livello della fossa iliaca e facendola all'ischio nelle sciatiche basse.

L'iniezione epidurale sacro-coccigea fa miracoli, dice l'A., nelle lombaggini.

Parimente, nei dolori articolari dell'artrite, la iniezione periarticolare al di fuori della sinoviale ed, in qualche caso anche endoarticolare (non oltrepassando 1 cmc., per iniezione allo scopo di evitare reazioni dolorose) possono migliorare efficacemente le algie. Queste iniezioni si ripetono ogni 2-3 giorni: ne sono necessarie 5-10. Esse non provocano nè indurimenti nè ascessi; il medicamento è perfettamente tollerato. *fil.*

L'azione antiflogistica della camomilla.

La camomilla viene considerata come una specie di panacea. Le si attribuiscono proprietà eccitanti, carminative, antispasmodiche, antiisteriche e persino febbrifughe, emmenagoghe ed antielmintiche. Secondo W. Arnold (*Münch. med. Wochens.* 1926, n. 19) essa ha anche azione antiflogistica, la quale però era stata riconosciuta anche anticamente, in quanto che da tempo la si usa nelle congiuntiviti e nelle vulvovaginiti banali. L'A. l'ha trovata anche utile, in forma di compresse imbevute nell'infuso, per le zone cutanee infiammate dalla luce alpina o marina, negli esantemi tossici, ecc. Tale azione sarebbe da attribuirsi agli olî essenziali. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La genesi del dolore gastrico.

Il rapporto tra ulcera gastro-duodenale e ipercloridria è ben conosciuto; non è invece ben chiarò il rapporto tra quest'ultima e la genesi de' dolore gastrico.

Secondo alcuni autori, infatti, l'introduzione di un acido forte nello stomaco non riuscirebbe dolorosa, come pure, d'altro lato, si è talora riscontrata una ipercloridria forte in stomachi del tutto normali.

W. L. Palmer (*Arch. int. med.*, 1926, XXXVIII, 694) ha ripreso lo studio sistematico della questione.

Negli individui normali trovò che l'introduzione nello stomaco di una soluzione di ac. cloridrico al 0,5:100 non provoca alcuna sensazione, all'infuori di un modico bruciore all'epigastrio.

In pazienti di ulcera gastrica o duodenale, invece, tale introduzione provoca comparsa di dolore immediato, simile a quello normale dell'affezione.

Furono usati nella stessa ricerca, e con resultati analoghi, tanto il proprio contenuto gastrico, estratto e poi di nuovo introdotto nello stomaco, quanto soluzioni di acido solforico e di soda decinormale. I sintomi dolorosi provocati in tal modo scomparvero allorquando lo stomaco riusciva col rigurgito o con l'aumento della secrezione a riavvicinare ai valori normali la concentrazione del liquido eccitante.

Nei periodi invece in cui l'individuo aveva tregua di dolori, tali introduzioni restavano senza risposta alcuna.

Le conclusioni dell'A. sono perciò le seguenti:

La produzione del dolore dipende:

1) dalla sensibilità del meccanismo dolorifico;
2) dalla concentrazione dell'acido;
3) dalla quantità di tale acido;
4) dalla velocità di svuotamento dello stomaco;
5) dall'entità del regurgito duodenale.

Se quindi l'acido cloridrico è responsabile normalmente di provocare il dolore nell'ulcera gastrica, è pur necessario che un'ulcera o un altro fattore dolorifico siano presenti affinchè tale sintoma appaia. M. FABERI.

L'appendicite traumatica.

F. Brüning (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n. 42, 1926), crede che un trauma possa determinare l'infiammazione di un'appendice fino allora sana. Esso agisce talvolta direttamente schiacciando l'appendice (perforazione immediata oppure processi infiammatori) od indirettamente ledendo il cieco e spingendone il contenuto (se il cieco al momento del trauma è pieno e meteorico) nell'appendice: la stasi appendicolare è pói causa di appendicite. Soltanto se subito dopo il trauma si sono manifestati sintomi morbosi a carico dell'appendice e questi hanno persistito fino alla comparsa della vera appendicite, si può parlare di appendicite traumatica. POLLITZER.

Il reperto batteriologico nel succo duodenale.

Da ricerche di Kuttner e Löwenberg (*Med. Klinik*, 1926, n. 37) risulta che negli individui con stomaco sano la ricerca di germi nel duodeno dà esito negativo o scarsamente positivo.

Nella gastrite acloridrica, gli enterococchi sono più frequenti dei colibacilli; ambedue queste forme si trovano nell'anemia perniciosa.

Nelle affezioni infiammatorie delle vie biliari si trovano forme batteriche patogene nel succo duodenale, con la frequenza dell'80 %. È indiscutibile in questi casi un'azione autoprotettiva dell'intestino contro i germi. Sono consigliabili le lavature duodenali con 2-300 cmc. di soluzione di solfato di magnesio al 10-15 % nelle infezioni da streptococchi o da bacterium coli del tratto superiore del tenue. Eventualmente può praticarsi la vaccinoterapia. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Accordo italo-britannico per l'esercizio della medicina. — Al dott. L. S., da G.:

1) Con accordo 21 maggio 1925 l'Italia e la Gran Brettagna garantirono il reciproco libero esercizio professionale dei medici-chirurghi.

2) In virtù di tale accordo i medici italiani possono esercitare, oltre che nella Gran Brettagna, anche nelle Colonie inglesi, in India, nei possessi e Domini inglesi, tra i quali e la Gran Brettagna esista reciprocità in fatto di esercizio della medicina.

Da un rapporto pubblicato dal « General Medical Council » risulta che tutti gli Stati Australiani ammettono all'esercizio della professione medica nei rispettivi territori, senza ulteriori esami di convalida, i medici registrati in Inghilterra.

3) Per potere esercitare occorre presentare al « General Medical Council » (Londra) domanda di essere iscritto nello *Elenco straniero*.

La domanda dovrebbe essere corredata da un certificato di identità e di buona condotta, dal diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, in originale o in copia notarile, o dal diploma, in originale o in copia notarile, di laurea in medicina e chirurgia conseguita entro il 31 dicembre 1924 (o conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovano nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909), accompagnato da un certificato di data recente attestante che il richiedente è iscritto nell'albo di uno degli Ordini dei medici-chirurghi del Regno.

4) L'accordo suddetto fu portato a conoscenza di tutti gli Ordini dei medici con Circolare Ministeriale del giugno 1925. M. C.

Al dott. G. B. da P.:

Per quanto riguarda la tecnica, le indicazioni, ecc., della *terapia endovenosa*, veda la « Tecnica terapeutica ragionata medica e chirurgica » di B. MASCI. L. Pozzi, ed. Roma.

fil.

All'abb. n. 12941:

Per la tecnica delle analisi di cui Ella fa cenno, veda: C. M. BELLI: *Guida alle analisi cliniche di Chimica, Microscopia, Batteriologia e Sierologia.* Ist. Editoriale Scientifico, Milano. Prezzo L. 60.

Prossimamente la Casa editrice L. Pozzi pubblicherà un manuale del prof. GIUDICEANDREA su tale argomento.

fil.

Al dott. M. P. da Pz.:

Essendo della classe 99 non può concorrere per la nomina a sottotenente medico di complemento, perchè dopo fatto il corso alla Scuola di Sanità verrebbe a compiere l'età di 28 anni, limite stabilito per la nomina stessa. A. C.

VARIA.

Come deve essere la moglie del medico.

Ecco quali debbono essere i requisiti per la moglie di un medico secondo Mrs. Rogers Cocke di Marshall nel Texas (*New York State Journ. of Med.*, 1 genn. 1927).

1) Deve essere una brava cuoca, specialmente abile per sbattere un paio d'uova, in modo che il marito, quando fa tardi e ritorna parecchio tempo dopo l'ora dei pasti, possa rifocillarsi.

2) Deve essere una buona telefonista, molto migliore che la media e non deve mai dare numeri sbagliati nè fare equivoci nelle ambasciate.

3) Deve conoscere tutti i rimedi popolari ed anche altri, in modo da poter prestare aiuto in caso di bisogno, da una colica infantile ad una demenza senile.

4) Deve essere simpatica, abile, piena di tatto ed un modello di pazienza, altrimenti finirà col dispiacere a qualcuno.

5) Non deve mai esprimere nessuna opinione, nemmeno la propria, altrimenti la si accuserà di aver detto delle cose impossibili in riguardo agli affari privati dei clienti del marito.

6) È necessario che essa sia una buona viaggiatrice, in modo da poter accompagnare il marito in tutte le città dove questi si reca per i congressi.

7) Deve essere una buona direttrice di casa. I medici sono brava gente, ma per la maggior parte sono cattivi uomini d'affari, sicchè la moglie deve saper condurre la casa, la famiglia e tutta la baracca, con un saggio bilancio; è come collocare dei valori ad un interesse del 10 %.

8) Deve essere una buona « nurse », saper condurre un'ambulanza, essere una madre modello (sia che abbia dei figli o no), un'ospite geniale, deve saper giuocare al golf (non è necessario che sia molto abile, sarebbe pretendere troppo) ed al bridge, saper prevedere il tempo che farà, essere sempre pronta e ben vestita, sapere, a tempo debito, dire graziosamente una bugia, essere una attenta ascoltatrice e, se possibile, cristiana.

Le mogli dei medici collaborano nel *Journal of medicine* del Texas, in un'apposita rubrica.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I Medici della M. V. S. N.

Il Comando Generale della M.V.S.N. ha diramato a tutti i Ministeri la seguente circolare in data 1° febbraio 1927, n. 58-R:

« La ristretta disponibilità dei fondi di bilancio della M.V.S.N. non ha consentito, nè consente, di promuovere un provvedimento che dia facoltà di corrispondere assegni di grado o emolumenti di qualsiasi altro genere ai propri ufficiali medici, ai quali gratuitamente, fin dalla fondazione della Milizia, non solo assicurano il servizio sanitario ai Reparti in funzione ed assolvono presso i Comandi, cui sono addetti, tutti i còmpiti inerenti al servizio stesso, ma disinteressatamente prestano altresì l'opera professionale a tutte le « Camicie Nere » e curano il regolare funzionamento delle istituzioni assistenziali.

« Non sarebbe stato giusto che così elevata prova di dedizione fosse rimasta più oltre misconosciuta e che per tale prestanza questo Comando Generale non avesse cercato il mezzo di far accordare un equo beneficio — sia pure parziale — economico e morale insieme, ai più benemeriti.

« È stato perciò proposto di affidare ad essi quei servizi statali e parastatali per la cui concessione non è fatto obbligo di bandire regolari concorsi pubblici, ma che sono commessi alla persona, soltanto temporaneamente, per « incarico provvisorio ».

« Il personale sanitario della Milizia V. S. N., e per numero e per valore, può sicuramente e degnamente compiere i servizi che gli verranno affidati, perchè comprende tutte le categorie dei medici, dal professore di Università al medico condotto, ed è disseminato su tutto il territorio nazionale.

« S. E. il Capo del Governo, al quale è stata prospettata l'opportunità di tradurre in atto la proposta suddetta, si è benignato approvarla nella sua integrità, apponendovi il suo benestare.

« Pertanto si rivolge viva preghiera a tutti i Ministeri di volersi compiacere impartire agli Uffici ed agli Enti dipendenti opportune disposizioni in proposito, al fine di corrispondere pienamente alla determinazione di S. E. il Capo del Governo. I Comandi di Reparto della Milizia sono interessati a prendere diretti accordi con le Autorità e con gli Enti locali per poter conseguire il massimo beneficio dalla concessione avuta dal Duce, al quale deve ancor più e sempre elevarsi l'animo nostro riconoscente e devoto ».

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Convocati dal segretario dott. prof. Ermanno Fioretti, sono intervenuti nella sede del Sindacato tutti i direttori delle Cliniche iscritti al Sindacato, per discutere intorno ai problemi più urgenti riguardanti le prestazioni a pagamento.

Il segretario del Sindacato, assistito dai membri del Direttorio, in una lucida esposizione ha tratteggiato i desiderata della classe medica in armonia alle esigenze della scienza.

È seguita un'obbiettiva cordiale e serena discussione a cui hanno preso parte tutti i presenti ed in ultimo ad unanimità si è raggiunto un accordo di massima, specie per quanto riguarda le prestazioni esterne che saranno senz'altro abolite.

L'accordo sarà concretato in un ordine del giorno che il sen. prof. Pestalozza presenterà alla discussione al prossimo Consiglio dei clinici.

Il segretario del Sindacato nel chiudere la seduta, ha ringraziato gli intervenuti mostrandosi lieto di constatare il desiderio degli eminenti clinici di seguire i nuovi orientamenti del sindacalismo fascista cercando di soddisfare i giusti desiderata del Sindacato nell'interesse della classe sanitaria pur non venendo meno alle esigenze dell'insegnamento.

Convegno di medici condotti.

Ha avuto luogo in Roma un convegno del Direttorio e dei segretari provinciali dell'Associazione Nazionale Fascista dei medici condotti. Di 92 Provincie ne erano rappresentate 86 e i pochi rappresentanti mancanti avevano scusata la loro assenza.

È intervenuto anche il segretario generale dell'Associazione del pubblico impiego comm. Lusignoli ed è stato ad unanimità e con plauso redatto un ordine del giorno che stabilisce di dare il maggiore impulso all'Associazione stessa in pieno accordo con l'Associazione del pubblico impiego, alle dirette dipendenze del P. N. F.

Il Direttorio è stato ricevuto anche dall'on. Turati.

Tutti i sanitari sono partiti per le loro sedi convinti che la vecchia Associazione, passata alle dipendenze dell'Associazione del pubblico impiego, guidata ancora dal dott. Vacino e da ottimi elementi nuovi di fede sicura, saprà far maggiormente progredire le provvidenze assistenziali a favore delle classi lavoratrici e della lotta contro la tubercolosi.

Il Direttorio dei Medici Condotti.

Presentati dal comm. Lusignoli, segretario generale dell'Associazione Generale Fascista del Pubblico Impiego, sono stati ricevuti dall'on. Turati i membri del Direttorio Centrale dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti.

L'on. Turati li ha accolti con grande cordialità: ha affermato la sua convinzione nell'efficacia e nella forza organizzativa dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti e dell'importanza in cui essa è tenuta dalla direzione del Partito e del regime non solo per la sua funzione assisten-

ziale ma altresì per la sana propaganda dell'idea nazionale fascista che essi possono svolgere in tutti i più lontani e piccoli centri: ha assicurato inoltre tutto il suo benevolo interessamento per quei problemi che gli verranno prospettati dagli organismi dirigenti nei quali ha completa fiducia.

Il segretario nazionale dott. Vacino, ringraziando l'on. Turati, ha fatto presente come nell'attuazione delle previdenze assistenziali accennate nella carta del lavoro a beneficio delle classi operaie l'azione del medico condotto deve avere particolare considerazione e preminenza, perchè nella sua superiore conoscenza di tutti i bisogni delle classi lavoratrici il medico condotto è indiscutibilmente insostituibile. Da ciò il giustificato desiderio dell'Associazione di essere chiamata a collaborare nelle disposizioni che seguiranno per l'applicazione della carta del lavoro.

L'on. Turati ha nuovamente assicurato che, in perfetto accordo col comm. Lusignoli, avrebbe bene accolta la collaborazione offerta dall'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti, che riuscirà di grande e positivo ausilio.

Pei Medici di bordo.

Nella seduta della Camera dei Deputati del 2 aprile, discutendosi il bilancio del Ministero delle Comunicazioni, il ministro Ciano accettò come raccomandazione il seguente ordine del giorno presentato dagli onorevoli Perna, Morelli Eugenio, Gabbi, Salvi, Leonardi, Messedaglia, Colucci, Amicucci, Salerno, Gargioni:

« La Camera, considerate le disagiate condizioni economiche e morali dei medici di bordo, in rapporto alla notevole importanza del loro ufficio, che si esplica a bordo delle navi non solo per la difesa dei naviganti, ma anche per preservare da possibili penetrazioni di germi infettivi la sanità pubblica del paese, fa voti che le loro condizioni siano migliorate ed equiparate almeno a quelle dei capi macchinisti. Fa voti ancora che tali miglioramenti, chiesti da un ventennio dai benemeriti medici di bordo, siano prontamente realizzati, sopprimendo nel nuovo regolamento organico delle compagnie sovvenzionate la tabella relativa ai loro assegni, per sostituirla con una nuova tabella aggiunta, che più equamente li consideri e li compensi ».

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro l'adenoidismo.

Il Capo del Governo ha inviato ai Prefetti del Regno la seguente circolare:

« Le recenti acquisizioni scientifiche circa la sindrome morbosa conosciuta col nome di « adenoidismo » e la constatazione della sua notevole diffusione in Italia ed all'estero vanno sempre più richiamando l'attenzione della classe medica e, in particolare, degli specialisti anche per l'influenza che tale stato morboso ha sullo sviluppo somatico e su quello mentale del fanciullo e per la predisposizione che esso produce alle malattie infettive in genere e alla tubercolosi in ispecie.

Anche la pubblica opinione segue con interesse l'argomento, rivolgendo particolarmente l'attenzione ai mezzi additati come i più idonei per combattere l'adenoidismo, avuto riguardo ai fini di carattere sociale, che si connettono con tale lotta. Questa indubbiamente, oltrechè rendere notevoli benefici nei riguardi di una più completa conoscenza della patologia infantile, fa sperare d'altro canto cospicui vantaggi ai fini generali del miglioramento somatico del fanciullo con riflesso anche in confronto della prevenzione della tubercolosi.

« Data l'importanza profilattica e sociale che deve essere attribuita a tale lotta, di questa non possono nè devono disinteressarsi le autorità amministrative scolastiche ed è veramente desiderabile che essa, sulla norma anche di quanto si è testè compiuto dal Governatorato di Roma, sia condotta ovunque è possibile con premurosa sollecitudine e con chiara visione del problema. I mezzi finanziari che si richiedono sono limitati. A tale considerazione deve dalle SS. LL. e dalle autorità competenti darsi particolare risalto in quanto da essa scaturisce la relativa facilità dell'azione invocata.

« Cade a questo proposito opportuno ricordare che le disposizioni emanate dal Ministero dell'Interno e da quello della P. I. menzionate con la circolare in data 12 gennaio 1926 circa la lotta contro le malattie sociali nelle collettività giovanili, offrono in buona parte la guida anche per lo svolgimento della lotta contro l'adenoidismo.

« In modo particolare si richiamano quelle relative alle visite sanitarie nelle scuole, alle istituzioni delle vigilatrici sanitarie e alle opere dei Patronati Scolastici.

« Nè va poi dimenticato che le disposizioni medesime devono altresì ricollegarsi con quelle contemplate nella legge 10 dicembre 1925 per la protezione della Maternità e Infanzia, con quelle di cui agli articoli 1 e 8 della legge istitutiva dell'Opera Nazionale Balilla del 3 aprile 1926, e, infine, con quelle contenute nell'art. 8 del regio decreto 30 dicembre 1923.

« Nei riguardi speciali dell'adenoidismo, è da tenere presente che esso è soprattutto frequente nella popolazione infantile urbana, e però la scuola in particolare della città, il convitto per l'istruzione o per l'avviamento all'artigianato costituiscono il campo più propizio per lo svolgimento della speciale azione terapeutica profilattica invocata.

« E pertanto al vigile interessamento degli ufficiali sanitari comunali, dei medici scolastici, degli insegnanti deve essere affidato il còmpito di porre in evidenza i bambini che dimostrino di avere le note caratteristiche della sindrome adenoidea, per poterne fare così la premurosa segnalazione alle famiglie e ai capi di famiglia, allo scopo di rendere questi edotti della necessità di un tempestivo trattamento terapeutico a seconda

dei casi, o chirurgico, oltrechè ai ben noti trattamenti postoperatorii di riconosciuta efficacia.

« Spetta alle autorità ed alle Amministrazioni in precedenza contemplate il predisporre con semplicità di mezzi e con armonica coordinata azione con gli Enti ospedalieri, Dispensarî e simili quanto occorre per lo svolgimento dell'azione terapeutica e assistenziale sopra accennata.

« Attendo un cenno di assicurazione e al più presto notizie dettagliate sul programma esecutivo che si intende in questo campo particolare di svolgere, segnatamente in coordinazione con la vita scolastica e con la vigilanza sulle collettività giovanili ».

Per le detenute incinte o puerpere.

Il Ministro Guardasigilli on. Rocco ha inviato ai Procuratori Generali delle Corti d'Appello la seguente circolare:

« Avviene spesso che negli stabilimenti carcerari sia disposto l'internamento, per espiazione di pena, di donne incinte, le quali per conseguenza vanno a compiere il primo e più delicato atto della maternità in un ambiente così poco adatto ad accoglierle. So bene che in tali casi l'Amministrazione provvede con ogni cura alla più premurosa assistenza materiale e morale delle gestanti e partorienti; ma purtroppo ciò nulla toglie a quel che vi è di particolarmente doloroso nel fatto di una maternità che si compie nel carcere e di una nuova vita che ha pure nel carcere il suo inizio. È pertanto mio vivissimo desiderio che questo gravissimo inconveniente venga per quanto è possibile eliminato, e, all'uopo, indubbiamente gioverebbe una più vigile osservanza della norma contenuta nell'art. 583 n. 3 del Cod. di Proc. Penale, il quale stabilisce, come è noto, che possa essere sospesa l'esecuzione della sentenza, se trattasi di condanna che deve essere espiata da donna incinta o che abbia partorito da meno di 3 mesi.

« Rivolgo, pertanto, la più calda preghiera alle LL. EE. onde vogliano raccomandare alle autorità dipendenti che la norma surricordata venga sempre e in tutta la sua ampiezza applicata ed all'occorrenza si abbia cura di accertare d'ufficio a mezzo di persona dell'arte, se in ipotesi la donna sia in istato di gestazione. Nella affermativa, poi, converrà che della facoltà data dalla legge di disporre la sospensione dell'esecuzione sia fatto il più largo uso, al fine di evitare, tenuto conto dello stato di gestazione e della durata della pena, la eventualità del parto nel carcere, ed in conformità il beneficio della sospensione dovrà essere concesso sempre quando non vi si oppongano circostanze di eccezionale gravità da valutarsi dal magistrato che presiede alla esecuzione della sentenza ».

Il lavoro nei grandi panifici.

Il Ministro dell'Economia Nazionale, on. Belluzzo, ha presentato alla Camera un disegno di legge per la conversione in legge del Regio Decreto che disciplina il lavoro nei grandi panifici tecnicamente organizzati con forni a fuoco continuo.

La relazione ministeriale ricorda che al Ministero dell'Economia Nazionale è data facoltà di concedere con proprio decreto il permesso di far lavorare e di lavorare nelle ore notturne agli esercenti di panifici di notevole potenzialità; aggiunge che il lavoro della panificazione tecnicamente organizzato si differenzia sostanzialmente da quello nei forni di piccola e media potenzialità e senza lavorazione meccanica. Nei primi sono affidate alle macchine quasi tutte le operazioni di panificazione. L'opera dei lavoratori, svolgendosi in ambiente salubre e generalmente limitata alla sorveglianza delle macchine, è diversa dal lavoro che si svolge negli altri forni. Inoltre, data la potenzialità degli impianti meccanici, il lavoro notturno viene sempre eseguito in modo alternativo. In queste condizioni l'industria della panificazione in nulla differisce da ogni altra industria tecnicamente industrializzata nella quale è consentito di far lavorare di notte, e quindi non rientra nello spirito della legge 2 maggio 1908, che per la lavorazione del pane stabilisce il divieto del lavoro notturno.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BALZOLA (*Alessandria*). — Scad. 31 maggio. Rivolgersi Segreteria com.

BENEVENTO. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Direttore del Dispensario; vedi fasc. 18. Scad. 40 gg. dal 14 apr.

CASSIGLIO (*Bergamo*). — A tutto 31 mag.; consorzio; L. 14,500 e addizion. p. poveri; L. 800 uff. san.; L. 3000 trasp.; L. 500 ambul.; L. 1200 indennità alloggio; c.-v.

CASTELPETROSO (*Campobasso*). — Al 7 giu., ore 18; L. 6500 (*sic*); età lim. 40 a.; tassa L. 50.15. Ab. 3320; assistenza a 38 fam. pov. e 50 orfani di guerra. Chiedere annunzio.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario pei seguenti consorzi:

1) Aprigliano, Pietrafitta, Piane Crati;

2) Colosimi, Bianchi, Panettieri;

3) S. Agata d'Esaro, Mottafollone, S. Sosti;

4) Spezzano Albanese, S. Lorenzo del Vallo, Tarsia e Terranova di Sibari;

5) Amendolara, Roseto C. Spulico, Castroregio;

6) S. Fili, Rende, S. Vincenzo La Costa;

7) Celico, Rovito, Zumpano;

8) S. Pietro in Guarano, Castiglione Cosentino, Lappano. — Stipendio L. 8000 con cinque quadrienni e indennità vettura L. 2500.

9) Trebisacce, Albidona; stipendio L. 7000 con cinque quadrienni e indennità vettura L. 2500.

Titoli ed esami. Documenti prescritti art. 7 R. D. 29-11-1925, n. 2266. Tassa concorso L. 50.20. Scadenza 20 giugno.

Il Prefetto: GUERRERI.

COSSOMBRAIO (*Asti*). — Scad. 25 maggio. Rivolgersi Segreteria comunale.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova*. — Chirurgo primario; età lim. 45 a.; 7 di laurea e 5 di serv. in Osped., Cliniche o Istituti di Patol. chir., dei quali non meno di 3 come effettivi; L. 5500 lorde e 60% tariffe operatorie I e II Classe. Scad. ore 17 del 4 giugno. Tassa L. 50 alla Cassa Ospedal. Chiedere ann.

GENOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario e direttore dell'Ufficio Municipale d'Igiene del Comune di Genova unificato. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 19. *Il Prefetto*: PORRO.

IVREA (*Torino*). *Ospedale Civile*. — Assistente Sezione Medicina; tassa L. 50.10; scad. 25 mag. Rivolgersi Amministraz.

MEDOLE (*Mantova*). — Scad. 31 mag.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san.; lire 1200-2500 trasp.; c.-v. in L. 1846-2841; ab. 3067 di cui 2300 c. agglomerati; addizionale oltre 1/3 della popolaz.: L. 300 ogni 100 iscritti; tassa L. 50.10.

NOVARA. *Consorzio Antitubercolare provinciale*. — Medico direttore; scad. 31 mag.; vedi fasc. 18.

PISTOIA. *RR. Spedali Riuniti*. — A tutto 31 maggio medico primario; L. 8000, oltre L. 4000 incarico direzione sanitaria, c.-v., 5 quinq. dec., alloggio, percentuale cure; età lim. 45 a., libera doc. in patol. med. o clin. med.; tassa L. 50.10. Chiedere annunzio.

S. PIETRO VIMINARIO (*Padova*). Proroga a tutto giugno.

TAIBON (*Belluno*). — Con La-Valle; al 30 mag.; L. 9000 e c.v., oltre L. 1000-2000-3500 trasporto, L. 800 uff. san. e 5 quadrienni dec.; riconoscim. 2 quadrienni; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10. Ab. 5000 di cui 1000 c. agglomerati.

TERAMO. *Congregaz. di Carità*. — Assistente nell'Osped. Civ. S. Antonio Abate; L. 4000, vitto e alloggio; scad. ore 12 del 31 mag.; età lim. 30 a.; doc. a 2 mesi dal 5 mag. Nomina e conferma biennali. Serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio.

ZAGAROLO (*Roma*). — Al 20 mag.; L. 9500 e addiz. L. 4 oltre 1000 pov.; c.-v. in L. 1200; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a. al 22 mar.; tassa L. 50.10.

Sezione di esami integrativi per medici di bordo.

È indetta in Roma, per il mese di novembre 1927, e nei giorni che verranno indicati con successivo provvedimento, una sessione di esami integrativi, in ciascuna delle specialità di ostetricia e pediatria, per ottenere la concessione dell'autorizzazione ad imbarcare in qualità di medico di bordo, riservata agli ufficiali medici della R. Marina e del R. esercito, a norma dell'art. 29-bis del R. D. 29 novembre 1925, n. 2288.

Gli esami, per ciascuna delle specialità di ostetricia e pediatria, consistono:

a) in una prova pratica, al letto dell'infermo, comprendente il rilevamento dei sintomi; la formulazione e discussione della diagnosi; la indicazione del trattamento curativo;

b) in una prova orale. Formano oggetto della prova orale, per l'ostetricia: l'igiene della gestazione, del parto e del puerperio e la profilassi della febbre puerperale e delle infezioni chirurgiche; per la pediatria: l'igiene infantile, con speciale riguardo alla alimentazione, e la profilassi delle malattie infettive proprie dei bambini.

Gli aspiranti dovranno presentare la loro istanza al Prefetto della Provincia di ordinaria residenza, che ne curerà l'inoltro al Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica).

L'istanza, su carta da bollo da L. 3, deve essere corredata dai seguenti documenti, debitamente legalizzati:

1) atto di nascita;

2) certificato di iscrizione in un Ordine dei medici e chirurghi del Regno;

3) certificato di un medico militare in servizio attivo permanente o di un medico di ruolo della Milizia volontaria per la sicurezza nazionale, dal quale risulti che l'aspirante è atto alla navigazione, non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche che gli impediscano di esercitare le funzioni di medico di bordo.

Alla domanda va unito il certificato, rilasciato dalla competente autorità militare, dal quale risulti che l'aspirante, sia esso in servizio attivo oppur no, ha compiuto almeno sei anni di servizio attivo permanente.

CONCORSI A PREMI.

Premio Zanoni sulla sintalina.

Un premio di L. 5000 sarà concesso al chimico italiano che riuscirà a riprodurre la «sintalina» (insulina artificiale attiva per bocca) scoperta e ricavata dalla guanidina (pentilamina di guanidina) dal chimico Franck di Breslavia (Germania). Per informazioni rivolgersi al dott. Zanoni, Milano, via Bergamo 39.

Concorso internazionale al Premio «Elia De Cyon».

La Classe di Scienze Fisiche della R. Accademia di Bologna bandisce il 10° concorso internazionale al premio biennale di L. 3000 (dalla quale somma dovranno essere detratte la tassa di manomorta e le spese di amministrazione), istituito dal suo Membro Corrispondente prof. Elia De Cyon, all'intento di favorire e promuovere le ricerche e gli studi sugli argomenti che Egli coltivò con tanto successo. Tale premio sarà quindi conferito a concorrenti i quali nei lavori trattino qualcuno degli stessi argomenti e particolarmente di quelli riguardanti: 1) le funzioni del cuore, e sopratutto dei sistemi nervosi cardiaco e vasomotore; 2) le funzioni del labirinto dell'orecchio; 3) le funzioni delle glandule tiroidi, dell'ipofisi e della glandula pineale. La scadenza di questo decimo concorso è stabilita al 1° marzo 1929. Chiedere le condizioni alla Segreteria della Classe.

Società Napoletana di Chirurgia.

In occasione del 1° anniversario della sua fondazione, la Società bandisce un concorso sul tema « Le applicazioni chirurgiche dell'insulina ». Possono concorrere tutti i medici di nazionalità italiana. Il premio è di L. 1000, unico e indivisibile. Sarà aggiudicato all'inizio dell'anno sociale 1927-1928 da una Commissione di tre membri nominata dalla Società. Qualora non fosse assegnato, il concorso sarà bandito una seconda volta. I lavori non dovranno superare le 24 pagine di stampa in ottavo, nelle quali dovranno essere comprese eventuali figure, tabelle e grafiche. I lavori dovranno essere inediti e non essere stati oggetto di comunicazioni in Accademia o Società. Il lavoro premiato diventerà proprietà della Società, che ne curerà la pubblicazione. I lavori dattilografati ed in triplice copia, dovranno pervenire alla Segreteria della Società (Napoli, 4, via Chiatamone, 27), in plico raccomandato ed essere contrassegnati da un motto, che sarà ripetuto col nome, cognome e domicilio dell'autore in busta chiusa. Il concorso si chiuderà il 30 giugno.

Premio Locatelli.

Non essendo stato aggiudicato all'unico concorrente il premio Locatelli pel 1926, l'Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani ha riaperto il concorso per l'anno 1927, con la somma di L. 2000, da consegnarsi all'autore del migliore lavoro sul tema: « Le dermatosi scolastiche ». Il lavoro ha scopo di propaganda igienica e perciò sarà svolto in forma tale da poter essere letto con profitto, oltre che dai medici non specialisti, anche da tutti coloro ai quali, per ragioni di insegnamento, di educazione, di custodia, ecc. sono affidati dei bambini in età da frequentare la scuola. Dovrà essere perciò corredato da numerose figure.

I lavori, scritti a macchina o stampati, devono essere inviati al Segretario dell'Associazione, dottor Felice Brunetti, Torino, via Garibaldi 5, entro il 31 gennaio 1928.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di Napoli ha chiamato alla Direzione della Clinica Psichiatrica e Neuropatologica il prof. Onofrio Fragnito, titolare della stessa cattedra e rettore magnifico dell'Università di Catania.

Il prof. Fragnito, che fu allievo ed aiuto di Leonardo Bianchi, è ben noto nel mondo scientifico per i suoi studi anatomici e clinici sul sistema nervoso.

Per volontarie dimissioni il prof. Gaetano Viale, di fisiologia a Sassari, cessa dall'ufficio.

INSEGNAMENTO POST-UNIVERSITARIO.

Programma generale per la Scuola superiore di Malariologia.

(Roma, 15 giugno - 15 ottobre 1927 - Anno V).

La Scuola Superiore di Malariologia che il Governo Nazionale ha istituito in Roma, gode il benefizio di svolgersi nell'ambiente più adatto. Infatti gl'Italiani si sono dedicati con successo agli studi su tale malattia, ed hanno riunito in sintesi organica tutto lo scibile relativo. Essi hanno d'altronde sperimentato proficuamente i vari sistemi di cura degli infermi, di bonifica idraulica ed agraria. Il risanamento dei malarici e la redenzione dei terreni palustri sono stati condotti con perizia tecnica, ma nello stesso tempo in base ad una serie di norme legislative che è stata proporzionata alle nostre circostanze di vita.

La Scuola Italiana di Malariologia non s'occupa soltanto delle questioni biologiche, relative cioè alla vita del parassita nell'uomo e nell'Anopheles, ma estende il suo dominio all'ambiente in cui la vita del parassita si svolge. Fissare le condizioni localistiche è il pernio della lotta antimalarica.

Nella nostra Scuola pertanto tutti i problemi della malaria sono affrontati e svolti in corsi armonici di lezioni dimostrative, e con esercitazioni individuali sufficienti a impratichire gli allievi. Le conoscenze si perfezioneranno mediante conferenze e viaggi d'istruzione.

Per essere completa, la Scuola si divide in una *Sezione medica*, di cui è centro lo studio completo dell'uomo infermo in sè e nei rapporti sociali, e in una *Sezione economica* che mira sopratutto alla bonifica e alla coltivazione delle terre palustri.

Italiani e stranieri sono ammessi alla Scuola e precisamente, medici e laureandi in medicina, alla sezione medica; ingegneri e agricoltori alla sezione economica.

La durata dei corsi va dal 15 giugno al 15 ottobre. Coloro che avranno frequentato i corsi di una sezione potranno dare gli esami e ottenere il diploma.

La tassa d'iscrizione è di L. 300 per ogni allievo.

Per informazioni rivolgersi al Direttore della Scuola, Prof. Vittorio Ascoli, R. Clinica Medica - Ospedale Policlinico - Roma.

PROGRAMMA DELLA SEZIONE MEDICA (1).

* 1. Distribuzione geografica della malaria ed epidemiologia - Prof. Giuseppe Sanarelli - Direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma.

* 2. Geografia fisica e metereologia dei paesi malarici - Prof. Filippo Eredia - Docente di Metereologia nella R. Università di Roma - Capo dell'Ufficio presagi al Ministero dell'Aeronautica.

(1) I corsi segnati con asterisco sono comuni alle due sezioni.

* 3. Geologia nei suoi rapporti con la malaria - Prof. Gioacchino De Angelis della R. Scuola di Architettura di Roma.

4. Fauna dei paesi malarici - Prof. Federico Raffaele - Direttore Istituto di Zoologia della R. Università di Roma.

5. Flora delle zone malariche - Prof. Enrico Carano - Professore di Botanica nella R. Università di Roma.

6. Sui protozoi parassiti del sangue - Ematozoo della malaria - Lezioni ed esercizi - Prof. Giulio Alessandrini - Professore di Parassitologia nella R. Università di Roma.

7. Patologia generale della malaria - Prof. Amico Bignami - Direttore Istituto di Patologia generale della R. Università di Roma.

8. Anatomia patologica della malaria - Lezioni con dimostrazioni - Prof. Antonio Dionisi - Direttore Istituto di Anatomia patologica della R. Università di Roma, e Prof. Alessio Nazari - Primario degli Ospedali di Roma e docente di Anatomia patologica.

9. Sulla chimica degli alcaloidi della chinina - Prof. Pietro Biginelli - Direttore dei laboratori chimici della Direzione generale della Sanità.

10. Farmacologia dei chinacei - Prof. Attilio Bonanni - Direttore Istituto di Farmacologia e Tossicologia della R. Università di Roma.

11. Diagnostica e clinica della malaria - Lezioni dimostrative - Prof. Giuseppe Bastianelli - Ordinario di Semeiotica medica nella R. Università di Roma.

12. Clinica e terapia della malaria - Lezioni dimostrative - Prof. Vittorio Ascoli - Direttore Istituto di Clinica medica della R. Università di Roma.

13. L'esame del sangue con speciale riguardo alla diagnosi della malaria - Esercitazioni - Prof. Tommaso Pontano - Primario degli Ospedali di Roma - Docente di Clinica medica nella R. Università di Roma.

14. Perniciosità - Conferenze - Prof. Ettore Marchiafava - Emerito di Anatomia Patologica nella R. Università di Roma.

15. La malaria come infortunio sul lavoro - Prof. Salvatore Diez - Medico ispettore delle Ferrovie di Stato.

16. Inoculazione della malaria a scopo terapeutico - Conferenze - Prof. Giovanni Mingazzini - Direttore Clinica Malattie nervose e mentali nella R. Università di Roma.

* 17. Profilassi generale della malaria - Lezioni - Prof. Tito Gualdi - Docente di Igiene sperimentale nella R. Università di Roma.

* 18. Piccola bonifica - Lezioni teorico pratiche - Prof. Bartolomeo Gosio - Direttore Laboratori micrografici di Sanità pubblica del Regno.

* 19. I pesci nella lotta antimalarica - Conferenze - Prof. Massimo Sella - Direttore Stazione di Rovigno.

* 20. Impianti di bonifiche - Lezioni dimostrative - Prof. Battista Pancini - Direttore tecnico della Bonifica di Parmigiana Moglia e Piscinara.

21. Tecnica e Igiene delle trasformazioni Fondiarie - Lezioni - Prof. Giacomo Rossi - Insegnante di Batteriologia agraria nell'Istituto superiore di Portici.

* 22. Risicoltura nei rapporti con la malaria - Conferenze - Prof. Novello Novelli - Direttore della Scuola di Risicoltura di Vercelli.

23. La malaria in rapporto al servizio ferroviario - Conferenze - Dott. Azeglio Filippini - Medico Ispettore delle Ferrovie dello Stato.

* 24. Legislazione italiana antimalarica - Lezioni - Prof. Giuseppe Giardina - Ispettore generale della Sanità pubblica.

PROGRAMMA

DELLA SEZIONE PER INGEGNERI E AGRARI.

1. Bonifica idraulica - Prof. Umberto Puppini - Ordinario di Idraulica nella R. Scuola di Ingegneria di Bologna.

2. Idrologia e idrografia - Prof. Ing. Mario Giandotti - Ispettore superiore del Genio Civile.

* 3. Geografia fisica e metereologia - Prof. Filippo Eredia - Docente di Metereologia nella R. Università di Roma - Capo dell'Ufficio presagi al Ministero dell'Aeronautica.

* 4. Impianti di bonifiche - Lezioni dimostrative - Prof. Battista Pancini - Direttore tecnico della Bonifica di Parmigiana Moglia e Piscinara.

5. Pedologia chimica - Prof. Alberto De Dominicis - Insegnante di chimica agraria nell'Istituto superiore di Portici.

* 6. Geologia nei suoi rapporti con la malaria - Prof. Gioacchino De Angelis della R. Scuola di Architettura di Roma.

7. Trasformazioni fondiarie agrarie nei rapporti con la malaria - N. N.

* 8. Tecnica ed igiene delle trasformazioni fondiarie - Prof. Giacomo Rossi - Insegnante di Batteriologia agraria nell'Istituto superiore di Portici.

* 9. Piccola bonifica - Lezioni teorico-pratiche - Prof. Bartolomeo Gosio - Direttore Laboratorio di Sanità pubblica del Regno.

* 10. Distribuzione geografica della malaria ed epidemiologia - Prof. Giuseppe Sanarelli - Direttore Istituto d'Igiene nella R. Università di Roma.

* 11. Fauna dei paesi malarici - Prof. Federico Raffaele - Direttore Istituto di Zoologia della R. Università di Roma.

* 12. Flora delle zone malariche - Prof. Enrico Carano - Professore di Botanica nella R. Università.

* 13. Profilassi generale della malaria - Prof. Tito Gualdi - Docente di Igiene sperimentale nella R. Università di Roma.

14. Legislazione delle bonifiche - Avv. Eliseo Jandolo - Capo divisione al Ministero dei LL. PP.

* 15. Legislazione italiana antimalarica - Prof. Giuseppe Giardina - Ispettore generale della Sanità pubblica.

* 16 Sul credito agrario in relazione alla bonifica - Gastone Bolla - Docente di Credito Agrario nella facoltà di Giurisprudenza di Firenze.

Ambedue le Sezioni chiuderanno i corsi con la visita di zone bonificate, da bonificare e tuttora palustri.

Potranno essere aggiunte altre conferenze integrative.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La Federazione della Stampa Medica Latina.

L'Associazione della Stampa Medica Francese ha, di recente, preso l'iniziativa di costituire una Federazione della Stampa Medica dei Paesi Latini. La prima riunione dei rappresentanti dei Paesi Latini si è tenuta a Parigi dal 28 al 30 aprile. Essa ha avuto lo scopo di organizzare effettivamente la Federazione e quello di discutere alcune questioni interessanti la stampa medica.

La *latinità* è stata opportunamente intesa in senso lato: difatti alla riunione ufficialmente parteciparono, tra le nazioni europee, oltre la Francia e l'Italia, il Belgio e il Lussemburgo, la Svizzera, la Grecia e la Rumenia, e tra i Paesi d'America tutte le Repubbliche del Sud e quasi tutte quelle Centrali. In tutto, oltre una trentina di Stati erano rappresentati.

La costituzione della Federazione è avvenuta nella maniera più perfetta, non solo perchè si è approvato lo Statuto e in conformità di esso proceduto alla scelta e nomina dell'Ente direttivo e rappresentativo, ma soprattutto perchè le sedute si sono svolte in ambiente di grande rispetto e di cordialità. L'Associazione Francese aveva bene predisposto quest'ambiente, e i numerosi intervenuti contribuirono per loro conto ad intensificare questo carattere di cordialità e quasi direi d'intima simpatia alla riunione. A me pare che tal risultato morale valga ad assicurare la forza e la vitalità della Federazione fors'anche più che lo Statuto stesso.

L'Italia è stata rappresentata dal delegato del Governo Nazionale prof. Vittorio Ascoli, presidente dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana, e dal dott. Prassitele Piccinini, rappresentante della nostra Associazione Idrologica e di parecchi giornali.

L'influenza dell'Italia si è fatta sentire fin dalla seduta inaugurale quando il prof. Ascoli, dopo avere esaltato l'opportunità e l'importanza della Federazione Latina, enunciò il proposito ch'essa non doveva essere una chiesa chiusa, ma che avrebbe comportato l'adesione di Stati simpatizzanti, e che inoltre questo nucleo di forze omogenee non avrebbe impedito il ripristinarsi di un'Associazione Internazionale.

Il fatto che l'Italia possedeva una riconosciuta Associazione della Stampa Medica, ha portato che essa abbia avuto una larga rappresentanza (tre membri) nel corpo direttivo: V. Ascoli, A. Ferrannini e A. Clerici.

Sono stati largamente trattati l'argomento dell'unificazione della terminologia e quello della bibliografia. Mentre, come del resto era naturale, sul primo non si giunse che a proposte vaghe e generali, sul secondo si è pervenuti a dei consigli importanti sul modo di comporre e disporre le bibliografie, ma specialmente si è approvata l'idea del prof. Danielopulo di Bucarest di una pubblicazione periodica che raccogliesse la produzione scientifica dei Paesi Latini.

Il dott. Piccinini richiamò l'attenzione sull'utilità della Stampa Medica per la conoscenza reciproca delle Stazioni Termali dei vari Paesi Latini e il dott. Decourt sulla Stampa Medica e gli aggruppamenti professionali (sindacati). Le due importanti questioni interessarono l'assemblea ma non portarono a discussione nè a deliberazioni.

Interessanti discussioni si svolsero invece sugli altri tre argomenti all'ordine del giorno. Primo di essi: la proprietà letteraria e la stampa medica. Dopo parecchie relazioni importanti, francesi e spagnole, sulla disciplina legale del diritto d'autore nelle rispettive nazioni, il prof. Ascoli mise in evidenza il più avanzato e soddisfacente sviluppo della recente legislazione italiana del 1926. Si è nominata una Commissione che porti a proposte pratiche sulla base delle risoluzioni adottate dall'Italia.

Secondo argomento: questione scottante, i rapporti della stampa medica con la pubblicità farmaceutica. Cruchet, clinico di Bordeaux, ha avuto il coraggio di indulgere verso le specialità farmaceutiche, riconoscendone i vantaggi e quasi la ineluttabilità. L'ostracismo oggi abituale delle specialità dalla stampa seria è parso eccessivo: dovrebbero invece studiarsi le modalità dei rapporti. Fu scelta una Commissione.

Terzo argomento: la funzione della stampa medica nella preparazione, organizzazione e resoconti dei congressi medici. Argomento non nuovo, anzi ormai maturo nella concezione e nella prassi medica. Sono state accolte parecchie utili proposte del dott. Le Sourd, direttore della « Gazette des Hôpitaux ».

A sede della prossima riunione, fra due anni, fu scelta Madrid, sotto la presidenza del professor Cortezo.

Un grande banchetto per sottoscrizione al Palais d'Orsay chiuse il Congresso, accentuando *inter pocula* la cordialità che aveva governato tutto il Congresso.

C. R.

NOTIZIE DIVERSE.

Unione Internazionale di Soccorsi.

È stato elaborato l'abbozzo di progetto di un accordo per la creazione di una Unione Internazionale di Soccorsi. Una Conferenza internazionale è convocata per il 4 luglio 1927 allo scopo di concludere l'accordo necessario alla creazione di tale Unione.

Il progetto di una Unione Internazionale di Soccorsi alle popolazioni colpite da calamità aveva fatto oggetto durante il 1925 dei lavori di una Commissione speciale presieduta dal sen. G. Ciraolo.

Commissione Internazionale per le malattie professionali.

La Commissione internazionale per le malattie professionali, fondata nel 1906 a Milano, si è ricostituita in una riunione del Consiglio direttivo a Düsseldorf e si prepara a riprendere la sua at-

tività. Il suo ufficio di segreteria generale è a Ginevra, presso il Servizio di Igiene dell'Ufficio Internazionale del Lavoro (prof. L. Carozzi); la presidenza a Milano presso la R. Clinica del Lavoro prof. L. Devoto). Vi sono rappresentati i seguenti Stati: Austria, Australia, Belgio, Canadà, Cecoslovacchia, Francia, Germania, Giappone, Gran Bretagna, Italia, Norvegia, Olanda Polonia, Stati Uniti d'America, Svizzera, Unione delle Repubbliche dei Sovieti, Ungheria.

I membri titolari della Commissione per l'Italia sono: prof. Biondi (Siena); dott. Carozzi (Ginevra), segretario; prof. Devoto (Milano), presidente; prof. Monti (Pavia); prof. Pieraccini (Firenze); dott. L. Veratti (Milano); dott. Viganò (Milano), tesoriere.

V Congresso francese di stomatologia.

Si terrà dal 24 al 30 ottobre presso la Facoltà medica di Parigi e presso la Scuola Francese di Stomatologia, sotto la presidenza del dott. Gires. Temi oggetto di relazione saranno: Sull'estrazione chirurgica dei denti (dott. Monier); Le osteiti del mascellare inferiore (dott. Gornouec). Due altri temi verranno messi in discussione: Igiene orale dei fanciulli in scuola e in famiglia; La disinfezione in stomatologia (le discussioni verranno aperte rispettivamente dai dottori Tellier e Fargin Fayolle). Alcune sedute verranno riservate alle comunicazioni libere e alle dimostrazioni tecniche. Una seduta sarà consacrata alla riunione del Sindacato degli Stomatologi ed una all'Unione Stomatologica Internazionale. Per qualsiasi informazione complementare rivolgersi al segretario generale Dr. Leclercq, boulevard de la Madeleine 9, Paris (1er). La quota è di 50 franchi e le iscrizioni sono ricevute dal tesoriere, Dr. Psaume, rue de Rennes 60, Paris; conto chèques postali: Paris 323-76. Un'esposizione completa di strumenti e apparecchi concernenti la stomatologia sarà annessa al Congresso.

Corsi internazionali di perfezionamento per medici a Berlino.

Vengono organizzati col concorso della Facoltà di medicina dell'Università dall'Unione dei Docenti (Dozentenvereinigung) e dalle organizzazioni unite, nella Casa Imperatrice Federico (Kaiserin Friedrich-Haus). Alcuni corsi sono permanenti; altri durano dal 15 settembre al 31 ottobre.

I. *Corsi permanenti.* — *a*) Corsi speciali in tutti i rami della medicina con esercizi pratici; durano regolarmente quattro settimane; *b*) Posti di uditori straordinari in cliniche, ospedali e laboratorî. Sono destinati principalmente a medici, i quali vogliano lavorare per qualche tempo (almeno 2-3 mesi) praticamente.

II. *Corsi dal* 15 *sett. al* 31 *ott.* — *a*) Corso sinottico di tutta la medicina interna, considerando particolarmente la terapia moderna (durata 15 giorni); *b*) Corso sinottico delle malattie dello stomaco e degli intestini; *c*) Corso sinottico sul trattamento delle malattie dei bambini; *d*) Corso sinottico sulla ginecologia; *e*) Corso speciale per medici specialisti per le malattie della gola, del naso e dell'orecchio; *f*) Corsi particolari su tutti i campi della medicina con lavoro pratico su base d'una lista speciale.

La lingua d'insegnamento è il tedesco; però vi sono docenti in grado d'insegnare anche in altre lingue.

L'Ufficio ben volentieri indica alloggi convenienti e dà informazioni sulle spese di soggiorno; si adopera anche per facilitare visite nelle cliniche per assistere ad operazioni, ecc.

Ogni medico, il quale desidera visitare Berlino a scopo di perfezionamento, farà bene di mettersi in comunicazione coll'ufficio, che dà informazioni del tutto obbiettive: Kaiserin Friedrich-Haus, Luisenplatz 2-4, Berlin NW 6.

La prolusione del prof. N. Castellino.

Il 2 maggio, nell'anfiteatro della Prima Clinica Medica di Napoli, il prof. Nicola Castellino, figlio dell'illustre clinico, tenne la sua prolusione al corso sulle malattie professionali, trattando della « tutela del lavoro ».

Intervennero a questa manifestazione il sen. Maragliano da Genova, il sen. Corradini, l'on. Casalini e l'on. Acerbo da Roma, molte autorità politiche e amministrative locali, una larghissima rappresentanza della classe medica.

L'oratore ha rilevato la posizione di avanguardia assunta dell'Italia, ora ripresa con la « carta del lavoro ». Ha illustrato le provvidenze attuate e attuabili, dal campo igienico e medico a quello sociale e politico, fermandosi sul taylorismo, sulla statizzazione dei servizi di tutela e su alcune condizioni locali. Chiuse con un inno al Governo e al Duce.

L'oratore, attentamente seguito dal numeroso uditorio, fu applauditissimo.

Il centenario di Florence Nightingale.

L'Inghilterra si appresta a commemorare il centenario della nascita di una delle sue eroine, Florence Nightingale, che fu una delle fondatrici delle Società di soccorso ai feriti militari e divenne poi apostolo dell'assistenza infermiera femminile. L'azione che la mise in piena luce si svolse durante la guerra di Crimea: alla testa di una quarantina di volontarie, si recò sino sul fronte, a medicare i feriti e a curare i colerosi; il comando inglese le rese onori quasi reali e la sua opera venne cantata in bei versi dal poeta Longfellow. Le sue iniziative non si arrestarono: ella intraprese l'educazione e l'organizzazione delle infermiere laiche e promosse le opere d'igiene sociale.

Ebbe il genio della consolazione e va giustamente glorificata non meno dei genî del pensiero o delle arti.

Il nuovo padiglione Somaglia-Frascara nel Sanatorio "Cesare Battisti" della C. R. I.

La mattina del 21 aprile, in forma semplicissima e con stile fascista, è stato aperto alla funzione nel Sanatorio Cesare Battisti il nuovo padi-

glione intestato Somaglia-Frascara per il ricovero e la cura dei bambini con tubercolosi polmonare. Il Padiglione è stato costruito con le oblazioni delle famiglie dei due illustri e compianti Presidenti Generali della C. R. I. È questo il primo sanatorio per bambini che si inaugura in Italia.

Alla cerimonia assisteva S. E. il barone Giacomo Acerbo, reggente la Presidenza della C. R. I., accompagnato dal prof. Baduel, Direttore Generale, e dai medici del Sanatorio. Essi hanno presenziato la benedizione dei locali fatta dal Padre cappuccino cappellano dell'Istituto ed hanno visitato i ragazzi già ricoverati.

Visita dei medici militari agli istituti antitubercolari della C. R. I.

I medici militari, che frequentano il corso di tisiologia, istituito dal Ministero della Guerra presso il Sanatorio militare di Anzio, hanno visitato con la guida del direttore del Sanatorio dott. F. Bocchetti e del maggiore dott. Rinaldi, gli Istituti antitubercolari, che la Croce Rossa Italiana ha in Roma. Furono prima nel Preventorio per Lattanti E. Maraini insieme col dott. C. Benedetti direttore del Dispensario antitubercolare municipale e poi nel Sanatorio « Cesare Battisti », esaminando minutamente tutti gl'impianti ed i servizi e rendendosi conto del loro funzionamento. Nel Sanatorio visitarono anche il nuovo padiglione per bambini con tubercolosi polmonare, il primo istituto del genere che sorga in Italia, per offerta generosa delle famiglie dei due compianti Presidenti dell'Associazione on. conte della Somaglia ed on. conte Frascara.

Per la coltivazione della soja in Italia.

Il Capo del Governo ha affidato all'Istituto Nazionale di Genetica di Roma, diretto dall'illustre prof. Strampelli, l'incarico di iniziare e portare a compimento esperienze di coltura della soja in Italia, allo scopo di ricercare e di isolare le varietà pure che meglio si dimostrino adatte alla coltivazione nei vasti territori italiani, in cui questa leguminosa può essere utilmente impiegata, specialmente come coltura intercalare.

La soja, oltre ad offrire, come pianta, un cibo non disprezzabile per il bestiame, produce semi ricchi di olii e dà una farina che, opportunamente lavorata, si presta, per le sue proprietà nutritive, ad essere impiegata nella confezione delle paste alimentari e dei biscotti.

Presso l'Istituto di Genetica sarà convocato, quanto prima, un Comitato di tecnici, che fisserà le linee direttive del lavoro, che sarà, poi, sviluppato dall'Istituto stesso.

Condizioni dei Medici austriaci.

La Facoltà di Medicina di Vienna conta circa 9 mila studenti, di cui annualmente si addottorano un migliaio. Di questi, 400 rimangono nella capitale, la quale conta già 3800 medici, cosicchè in 5 anni Vienna avrà oltre 7 mila medici, cioè un medico per 450 abitanti, numerando la popolazione 1,800,000 abitanti.

Questa spaventosa proporzione spiega le difficoltà enormi contro le quali si imbattono i nostri colleghi viennesi. Ichok narra, nella « Presse Médicale », che il crearsi una clientela riesce quasi impossibile per un neolaureato e che l'apertura di un ambulatorio sembra parimenti irrealizzabile in quanto che 1,420,000 abitanti sono iscritti alle casse di assicurazioni contro le malattie. I liberi esercenti non hanno a loro disposizione che solo un quarto della popolazione.

Ne deriva che i medici appena laureati tendono con tutti gli sforzi ad assicurarsi un posto presso una Cassa di assicurazioni. Le Casse dànno un compenso mensile di 300 scellini austriaci, pari, al cambio attuale, a circa 43 dollari (quasi 1300 lire nostre). Non c'è da stare allegri!

Gli americani nella grande guerra.

Un rapporto dell'Esercito americano presenta le cifre ufficiali delle perdite subite dagli Stati Uniti nella grande guerra. Il totale delle perdite fu: morti 42,723 e feriti guariti 157,000. In Italia, soltanto 1 morto, 8 feriti guariti.

Ospedale per negri a Baltimora.

Il primo ospedale moderno per negri a Baltimora sarà il nuovo « Provident Hospital and Free Dispensary », già « Union Protestant Infermary », emanazione del « Provident Hospital » fondato 32 anni or sono; comincerà presto a funzionare. La direzione generale ne è affidata ad un Ufficio amministrativo di 15 uomini e donne di razza bianca, a un Ufficio consulente di medici di razza bianca nominato dalle Facoltà mediche della Johns Hopkins University e della Maryland University e ad un ufficio di 12 negri; il corpo medico esercente sarà tutto composto di medici negri. L'ospedale comprenderà 4 camere operatorie, 75 camere private, e corsie per 75 pazienti; l'ambulatorio sarà fatto con l'assistenza di chirurgi delle due facoltà suddette. All'ospedale sarà annessa una scuola per infermiere. L'istituzione viene sovvenuta dallo Stato di Maryland, dal municipio di Baltimora e da contributi dalla comunità negra.

Il 2 aprile u. s. a Sampierdarena è morto ottantenne il prof. ERASMO DE PAOLI, già professore di patologia e clinica chirurgica nell'Università di Perugia.

Era ormai quasi un dimenticato; pure merita tutta l'ammirazione nostra e il ricordo degli studiosi per la vita di lavoro indefesso non solo finchè fu insegnante universitario, ma anche dopo che una grave malattia lo obbligò a ritirarsi dalla cattedra.

Nato a Civitavecchia nel 1848, laureato a Torino, prese parte nella Croce Rossa alla guerra franco-prussiana del 1870 dalla parte francese. Nominato per concorso professore a Perugia vi rimase fino al 1905 e a questo periodo apparten-

gono le sue pubblicazioni più pregiate, che attestano la sua preparazione e la grande volontà e tenacia di lavoro, che è stato sempre il suo vanto migliore. Ritiratosi a Nervi e superata la grave malattia che lo aveva obbligato a ritirarsi dall'insegnamento, si offrì già avanzato negli anni volontario nella guerra contro l'Austria, e come tenente colonnello medico prestò la sua opera sapiente ed efficace negli Ospedali militari di Genova e di Sampierdarena.

Cessata la guerra, riprende la sua opera professionale e si dà ad una nuova intensa attività, a ricerche storiche, pubblicando quel suo volume « Come morì Napoleone » che stentò tanto a riuscire a stampare: ricordo quando io gliene ottenni dal Pozzi, editore di questo « Policlinico », la pubblicazione, mi scrisse dicendomi che io gli avevo « procurato la felicità maggiore della sua vita ». Il libro, ricco di una documentazione precisa, che fu elogiata da Augusto Murri, prova che Napoleone non morì di cancro, come generalmente si ritiene, ma di tubercolosi.

Il De Paoli si è spento serenamente, chiudendo nel rimpianto degli amici e dei colleghi la laboriosa vita così densa di opere e di attività e così degna di ricordo e di ammirazione.

R. ALESSANDRI.

Il 10 aprile si è spento a Modena il prof. LUIGI VANNI, direttore di quell'Istituto di Patologia medica; contava 71 anni; era nato a Belforte (Siena) ed aveva percorso tutta la sua carriera a Modena, ove fu preside della Facoltà; lascia apprezzate pubblicazioni.

È venuto a mancare in questi giorni il professor OTTONE BARBACCI, di anatomia patologica a Siena. Ne daremo più ampia notizia in un prossimo numero.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI
Redattore-capo: prof. **CESARE PEZZI**

Il fascicolo 4 (Aprile 1927) contiene:

Lavori originali: I. - P. INTROZZI e A. ORSI: Disturbi della eccitabilità e della conducibilità cardiache per compressione dei bulbi oculari. — II. - A. ROSSI e V. CHINI: Appunti di elettrocardiologia: VII. Ulteriori osservazioni sulle miocarditi.
Rassegne, Riviste e Congressi: **Clinica**: Definizione e limiti della tachisistolia auricolare (auricular flutter). — Sul riflesso ortocardiaco del Livierato. — L'aortite sifilitica. — Osservazioni intorno alla relazione fra vagotonicità e pressione arteriosa. — Sulla stenosi mitralica funzionale spasmodica. — Note cliniche intorno alla produzione artificiale del soffio cardiaco. — Reumatismo articolare acuto e cardiopatie valvolari nell'ambiente militare. — Sul problema dei rapporti tra pressione sanguigna e clima. — **Fisiopatologia**: Natura e origine della fibrillazione. — La pressione oncotica del plasma e la sua importanza nella patogenesi degli edemi nefritici. — **Anatomia patologica**: Sarcoma primario del cuore.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a « Cuore e Circolazione » si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico « Le Malattie del cuore », nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di « Cuore e Circolazione » per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

A RICHIESTA SI INVIA NUMERO DI SAGGIO

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Nostra edizione di prossima pubblicazione:

IL PROBLEMA DEL CANCRO

del

Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE

A. M., Sc. D., M. D., C. M., LL. D.
Commendatore della Corona d'Italia
Membro Onorario dell'Accademia Medica di Roma

Professore di chirurgia del New York Policlinic Medical School and Cancer Hospital
Direttore del Comitato di consulenza chirurgica del Manhattan State Hospital, Ward's Island, e del New York City Children's Hospitals & Schools
Chirurgo e Segretario del Comitato di ricerche scientifiche del New York Skin and Cancer Hospital
Chirurgo direttore dell'Ospedale per le affezioni articolari di New York
Presidente onorario del Primo Congresso per lo studio del cancro Heidelberg 1906
Chirurgo del New York Skin and Cancer Hospital

Professore di ginecologia del Post-Graduate Medical School and Hospital di New York
Medico Ispettore Capo della riserva della Marina Americana
Delegato Ufficiale degli Stati Uniti ai Congressi Internazionali di Medicina Militare di Bruxelles, 1921, Roma, 1923, Parigi, 1925, Varsavia, 1927
Membro del Comitato permanente dei quattro Congressi
Membro dell'Accademia di Medicina di New York
Membro della Reale Accademia di Medicina d'Inghilterra
Membro corrispondente della Reale Accademia di Medicina del Belgio
Ufficiale della Legione d'Onore
Ufficiale dell'Ordine di Leopoldo

Traduzione in riassunto
dalle edizioni inglese, francese e spagnuola
a cura dei Dottori
GIOVANNI PERILLI e ARNALDO POZZI

Prefazione del Prof. **ROBERTO ALESSANDRI**
Direttore della R. Clinica Chirurgica della Università di Roma

Il libro contiene inoltre un capitolo originale
Sugli studi e sulla lotta del Cancro in Italia
e tutta la bibliografia oncologica Italiana più recente (1910-1926).

Un volume in 8°, di circa 350 pagine, nitidamente stampato, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo lire 60, più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente agli abbonati al "Policlinico,, il volume sarà ceduto per sole

Lire 48 in porto franco

purchè essi inviino questo importo ***prima del 31 Maggio***, all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - ROMA.

ANNO XXXIV Roma, 23 Maggio 1927 Fasc. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. VITTORIO ASCOLI.

La colite ulcerosa cronica.
Problemi attuali etiologici e terapeutici.

Prof. PAOLO ALESSANDRINI.
Medico Primario negli Ospedali di Roma.

Nel gruppo delle diarree croniche sono abbastanza bene identificabili clinicamente le forme dipendenti da una colite ulcerosa: la loro sintomatologia consiste in diarree continue o alternate a stitichezza e in cui all'esame microscopico delle feci si riscontrano globuli rossi o leucociti accompagnati o no da una ricca desquamazione epiteliale e da maggiore o minore quantità di muco: a seconda della prevalenza delle emazie o dei corpuscoli di pus si parla dai vari autori di colite emorragica o purulenta.

Dalla forma ulcerosa si passa gradualmente alla forma meno grave di colite, la colite mucosa o catarrale, su cui molte volte si sovrappongono episodicamente crisi più gravi con tutti i caratteri della colite ulcerosa.

Sia la forma ulcerosa cronica che la forma mucosa a crisi ulcerose stanno sempre a significare un processo patologico a carico del colon, mentre la semplice presenza di muco nelle feci in maggiore o minor quantità non basta a dimostrare che siamo in presenza di un processo morboso e tanto meno di un processo infiammatorio. Accanto a forme che hanno una base endocrino simpatica o psichica esistono quelle che sono nei confini tra il normale e il patologico; così il muco che riveste le feci nei casi di stitichezza, quello che in alcuni individui si osserva nelle scariche provocate da un purgante o clistere e che sta a dimostrare l'esagerazione di un meccanismo di difesa fisiologico a stimoli che colpiscono il colon. Se si tenesse conto di questo dato elementare di fisiopatologia intestinale si vedrebbe molto meno la colite cronica entrare come fattore patogenetico delle più svariate forme morbose (affezioni cutanee, cefalee ecc.). Il muco fecale è l'espressione di un processo infiammatorio solo se presenta all'esame microscopico corpuscoli di pus o emazie isolate (che spesso si osservano anche in forme non ulcerose) e se l'esame sigmoscopico dimostra edema, iperemia o altri segni di un processo infiammatorio.

Con queste riserve la diagnosi di colite cronica specialmente nella forma ulcerosa non presenta difficoltà; per quel che si riferisce però al problema etiologico specialmente oggi ci troviamo davanti a difficoltà insormontabili. Qualche anno fa il problema invece era dei più semplici; si distingueva in forma protozoaria (amebiasi), forma dissenterica bacillare, forma tossica (mercuriale, uremica) e forma idiopatica; escludendo a priori la prima nelle zone temperate e data la difficoltà del passaggio in cronica della forma bacillare, potendo con facilità escludere una forma auto od eterotossica, restava il grande gruppo delle forme idiopatiche di colite ulcerosa, in cui periodicamente si enunciavano agenti etiologici che poi naufragavano nelle ricerche ulteriori di controllo.

La ricchissima letteratura sugli stati dissenterici del periodo bellico o postbellico invece di chiarire il problema etiologico non ha fatto che complicarlo sempre più. Essa infatti ha dimostrato che la forma amebica può esistere anche in zone temperate e che la forma bacillare molto più frequentemente di quello che non si credeva passa allo stato cronico; fin qui il problema non avrebbe che guadagnato in chiarezza. Però, per quel che si riferisce alla dissenteria amebica, la presenza di numerose varietà di amebe non patogene nel colon spesso diffilmente differenziabili dall'istolitica ha fatto considerare con un eccessivo semplicismo il problema etiologico della colite ulcerosa cronica; non mi diffondo su questo argomento che è stato oggetto di una mia precedente pubblicazione, mi basta qui affermare nel modo più esplicito che, ricorrendo spesso a preparati colorati o alle infezioni sperimentali nel gatto, non si corre il pericolo di una eccessiva generalizzazione in fatto di etiologia di colite cronica ulcerosa. Per quel che si riferisce all'importanza patogenetica degli altri protozoi possiamo categoricamente affermare che, se si eccettuano le forme rare di balantidiosi bene identificabile negli esami anche a fresco delle feci, non esistono argomenti sicuri che ne provino il loro valore patogeno nella genesi della forma morbosa in questione.

Difficilissimo riesce oggi invece orientarsi sulla frequenza e sull'importanza che ha il bacillo dissenterico nella genesi della colite ulcerosa cronica; e le divergenze che esistevano già prima della guerra per quel che si riferisce all'agente etiologico delle forme bacillari acute endemiche o no sono oggi estese anche alle forme croniche, dopo che le ricerche tecnicamente attendibili di vari autori (Kruse, Schmidt, Kauffmann) hanno dimostrato che anche la forma di dissenteria bacillare con una relativa frequenza può passare allo stato cronico e che non sempre è spiccato il carattere endemico o epidemico dell'affezione anche all'inizio.

Il Kruse, pur facendo una riserva per alcune forme dissenteriche a scarsa tossicità dovute a bacillo di Flexner, Y, Strong ecc., sostiene che il bacillo da lui descritto deve considerarsi l'unico agente patogeno della colite ulcerosa e anche nelle forme amebiche parla sempre di associazioni morbose. Egli sostiene che i bacilli dissenterici con difficoltà si possono isolare dalle feci, se queste non sono esaminate subito appena emesse, ed è questa la ragione per cui sfugge il vero agente etiologico; i germi che per lo più si sviluppano non rappresentano che associazioni senza valore patogeno; inoltre, secondo lui, bisogna considerare che molte volte i bacilli dissenterici non sono agglutinabili dai sieri specifici e quindi la loro identificazione spesso è difficilissima; come pure è stato osservato il fatto inverso che bacilli sicuramente non dissenterici vengano agglutinati da sieri antidissenterici.

Doerr ha sicuramente dimostrato che tra i bacilli dissenterici e i pseudodissenterici esiste non raramente l'agglutinazione paradossa, per cui il titolo di agglutinazione per lo stipite da cui un individuo era affetto era più basso di quello di altri stipiti.

È merito del Kolle di aver messo bene in luce il giusto valore che oggi si deve dare ai bacilli dissenterici nella genesi della colite ulcerosa. Egli, mettendosi al riparo di tutte le cause di errore, ha dimostrato che esistono numerosi casi di colite ulcerosa acuta o cronica in cui si può escludere con sicurezza come agente etiologico il bacillo non solo di Shiga-Kruse ma anche del gruppo degli pseudo o paradissenterici.

In numerosissime forme sia epidemiche che isolate ha praticato centinaia di esami di feci eseguendo culture coi più svariati terreni, e in molti casi ha potuto con controllo di autopsie escludere con sicurezza non solo forme dissenteriche ma anche simildissenteriche; in tali casi non ha riscontrato mai amebe. Dato lo scetticismo con cui bisogna considerare il valore di tutte le forme batteriche descritte come agenti patogeni della colite ulcerosa, pensa alla possibilità che in molti casi possa trattarsi di germi ultramicroscopici.

Lo studio batteriologico delle affezioni intestinali è pieno di gravi responsabilità; e la pietra di paragone dell'attitudine alle ricerche scientifiche: Non basta mettere in evidenza un germe che abitualmente non si riscontra nelle feci per considerarlo come agente etiologico della colite; la flora intestinale è variabilissima; essa varia in rapporto al tipo di alimentazione e alla consistenza delle feci; tutti i bacilli che si trovano nella bocca o nelle tonsille o vivi o morti vengono eliminati per le feci. Le stesse considera

zioni debbono farsi per i protozoi ed è realmente biasimevole la leggerezza con cui si parla di parassitosi in genere, dando importanza in blocco a forme protozoarie che prosperano tutte le volte che le feci sono più liquide dell'ordinario, come si può osservare somministrando a individui normali lassativi quotidiani in modo da impedire la condensazione delle feci.

Se prescindiamo dalla dissenteria bacillare e dall'amebiasi intestinale, a cui si può aggiungere la balantidiosi, l'etiologia della massima parte dei casi di colite ulcerosa cronica è ignota.

Anche le recenti ricerche del Barger della Mayo Clinic che avrebbe isolato nell'80 % dei 68 casi da lui esaminati di colite ulcerosa, prendendo il materiale direttamente col sigmoscopio dal fondo delle ulceri, un diplococco grampositivo che non fermenta la mannite e che produrrebbe nei cani e nei conigli una tipica colite ulcerosa se iniettato nelle vene, sarebbero state contraddette dall'Houston, che, pur avendo isolato lo stesso germe, non è rimasto convinto del suo potere patogeno.

Sul valore etiologico del paratifo, dello streptococco o del bacterium coli che potrebbe divenir virulento in seguito a influenze atmosferiche o al tipo di alimentazione molto è stato scritto ma non esiste una parola decisiva basata su argomenti scientifici inoppugnabili.

È opportuno a questo proposito fissare i caposaldi dello stato attuale della questione dell'importanza del bacillo dissenterico e pseudodissenterico nella genesi della colite cronica ulcerosa. Il Kruse, sostiene che la difficoltà dell'isolamento del germe dopo passato il periodo acuto può fare raggruppare tra le idiopatiche forme sicuramente dissenteriche; e questo sicuramente vale per un certo numero di casi; infatti anche nelle forme epidemiche a decorso acuto l'esperienza di guerra ha dimostrato che non in tutti i casi riesce d'isolare nelle feci il bacillo di Shiga o del gruppo dissenterico; molto dipende dalla tecnica; ma anche con tutte le cautele tecniche un certo numero di ricerche riesce negativo; se poi prendiamo in considerazione le forme croniche la percentuale dei casi in cui riesce l'isolamento del germe è minima; però dal muco ricavato dal fondo delle ulceri mediante il sigmoscopio si sono avuti talora reperti positivi anche dopo trascorsi anni dalla forma acuta in casi in cui ripetuti esami batteriologici delle feci erano riusciti negativi per la ricerca del bacillo dissenterico. Da ciò risulta che l'esame delle feci nelle forme di colite ulcerosa cronica di natura sicuramente dissenterica per lo più non dà risultati attendibili. Questo fatto ha fatto rivolgere l'attenzione degli studiosi ad altri criteri diagnostici e in particolar modo alla reazione di agglutinazione.

Sul valore dell'agglutinazione per la diagnosi della dissenteria le opinioni degli autori sono discordi. Lentz e Kruse le attribuiscono un valore diagnostico notevole sebbene inferiore a quello che ha per la diagnosi del tifo. Specialmente per le forme pseudodissenteriche l'agglutinazione ha valore solo se a un titolo superiore a 1 %. Il Lentz però più che al titolo dà importanza al tipo di agglutinazione, che, perchè abbia valore, deve essere a grossi grumi; l'agglutinazione microscopica non avrebbe valore anche a forti diluizioni.

Le esperienze della guerra hanno scosso la fiducia nell'agglutinazione, tanto che alcuni le negano ogni valore. Sono state osservate agglutinazioni per i dissenterici anche dopo vaccinazioni antitifose e anticoleriche (Kutscher). Così esiste anche il fatto inverso: un siero antidissenterico può agglutinare anche bacilli del tipo tifo o coli.

Secondo Seligmann l'agglutinazione dello Shiga sarebbe specifica, mentre l'Y, il Flexner sarebbero agglutinati anche da sieri d'individui che non hanno sofferto mai di dissenteria anche a diluizioni piuttosto alte. Anche Friedmann e Steinbock in base ad una ricca esperienza ritengono che l'agglutinazione abbia valore solo per la diagnosi della dissenteria da Shiga-Kruse purchè sia a grossi grumi e poterono osservare in una epidemia da Kruse il 77,3 % delle reazioni positive, mentre la ricerca batteriologica dava dati positivi solo nel 14,3 % dei casi. Però Jacobitz ha osservato l'agglutinazione a grossi grumi in diluzione 1:50 per lo Shiga e 1 % per i pseudodissenterici anche in individui sicuramente non affetti da dissenteria. Il Keck dà valore per i pseudodissenterici solo ad una agglutinazione macroscopica a grossi grumi almeno in un titolo di 1:200, per lo Shiga basterebbe 1:100.

Anche la scelta degli stipiti ha molta importanza per il valore dell'agglutinazione: debbono essere stipiti nè troppo facilmente nè troppo difficilmente agglutinabili. Con speciali procedimenti culturali si può aumentare la specificità dell'agglutinazione dei vari stipiti (Strempel).

Perchè l'agglutinazione possa avere un valore pratico bisogna che le culture relative siano sottoposte a controlli periodici coi sieri comuni (per es. quelli inviati per la W. R.).

È stato anche proposto un Ruhrdiagnosticum preparato con una mescolanza di diversi stipiti, da cui risulterebbe una specificità maggiore e una forte sensibilità.

Riassumendo si può dire che nella massima parte dei casi di dissenteria cronica non si può dare la prova sicura della loro natura. I dati anamnestici dell'insorgenza epidemica o di reperto positivo iniziale o la presenza del bacillo

isolato dai fiocchetti di muco presi direttamente dal fondo delle ulceri mediante il sigmoscopio potranno farcene ammettere con sicurezza la natura anche in casi incerti. Per le prove dell'agglutinazione bisogna nutrire molto scetticismo anche a titoli molto alti. Bisogna inoltre considerare che un reperto positivo di agglutinazione non sta a dimostrare che il processo in atto sia di natura dissenterica ma che il paziente ha sofferto in un'epoca più o meno lontana di dissenteria bacillare. Da un esame critico di tutta la letteratura esistente sull'argomento si può con sicurezza affermare che esiste un gran numero di forme in cui si può escludere con sicurezza assoluta la genesi dissenterica, quando, preesistendo un periodo acuto a carattere epidemico, con esami batteriologici delle feci praticati con scrupolo non si è riuscito ad isolare il bacillo dissenterico. Nelle forme croniche senza il dato anamnestico suddetto anche esami ripetuti fecali negativi non escludono la possibilità della natura bacillare della colite ulcerosa; mentre un valore relativo deve attribuirsi al dato dell'agglutinazione.

Per spiegare la rarità del reperto positivo batteriologico nelle forme croniche in casi sicuramente bacillari a me pare che si debba dare una importanza all'opinione di quegli autori che considerano la forma cronica della dissenteria in individui che hanno avuto sicuramente una dissenteria acuta come una seconda malattia nel senso di Roessle. Molti autori pensano che un processo di colite acuta ulcerosa di qualunque natura renda meno resistente il colon all'azione dei comuni germi intestinali, in un senso analogo a quello che succede per l'ulcera gastro-duodenale, in cui processi di varia natura favoriscono l'azione peptica del succo gastrico. In tal modo la colite ulcerosa cronica consecutiva a un processo acuto non dissenterico potrebbe anche rientrare in questo gruppo e si potrebbe parlare di forma cronica aspecifica da pregressa colite acuta dissenterica o no.

Esistono numerosi dati clinici e sperimentali che dimostrano che il colon può perdere la sua difesa contro i germi con vari meccanismi; il problema è stato posto dal Goldschmidt e Muelleder a proposito della colite grave ulcerosa e difterica che si verifica dopo gravi operazioni sullo stomaco; i suddetti autori ne hanno osservati 10 casi su 273 operazioni del tipo suddetto; le ricerche batteriologiche più accurate esclusero in tutti i casi la natura dissenterica o protozoaria. Casi del genere sono stati osservati da Marburg e Ranzi dopo operazioni sul midollo spinale, dal Wertheim ed Hesse in casi di operazioni sull'utero o per carcinoma esofageo. Si sono attribuite le alterazioni a processi vasoparalitici stabilitisi collo stesso meccanismo di quello osservato dal Pawlow nei cani dopo traumi violenti sullo stomaco; ad esse non sarebbe estranea una inibizione della secrezione del tenue con consecutiva scomparsa del potere battericida.

Sul meccanismo della colite cronica ulcerosa secondaria portano più luce le geniali ricerche del Sanarelli. Egli, occupandosi della patogenesi dell'infezione colerica sperimentale, ha osservato che iniettando vibrioni colerici questi abbandonano rapidamente la circolazione generale e si dirigono verso la parete intestinale, nel cui spessore si moltiplicano e attraverso cui vengono eliminati. L'intestino presenta i segni di una enterite desquamativa grave. La desquamazione della mucosa enterica fa sì che il reperto dei vibrioni nel lume non è continua; questa incostanza del reperto batteriologico era stato osservato dallo stesso Koch.

La possibilità dell'infezione della parete del colon per via sanguigna nella dissenteria è stato dimostrato dal Besredka e dal Doerr. L'iniezione nella vena auricolare del coniglio di una dose opportuna di bacilli dissenterici determina, oltre a fenomeni nervosi del tipo di una poliomielite, fenomeni dissenterici e l'autopsia dimostra, accanto a focolai di necrosi delle corna anteriori del midollo, una notevole iperemia con necrosi ed ulcerazioni quasi circoscritte al colon. Il Doerr distingue uno stadio di edema infiammatorio, uno d'infiltrazione emorragica, uno di necrosi eventualmente seguito da cicatrice. Conradi e Kazarinow hanno osservato che nelle scimmie è impossibile determinare la dissenteria per via orale, a meno che non si maltrattino gli animali o si somministri oppio, invece l'iniezione endoperitoneale, sottocutanea e endovenosa provoca il quadro clinico e anatomico caratteristico della dissenteria.

Perciò Sanarelli pensa che la porta d'ingresso della massima parte delle infezioni intestinali sia costituito dall'anello di Waldeyer: da qui i germi passano nella via sanguigna per essere poi eliminati attraverso l'intestino. Per la dimostrazione di questo basta solo accennare alla sterilità del tenue; la secrezione del colon invece, mentre inibisce la vitalità della massima parte dei germi, permette lo sviluppo di quelli che hanno importanza nella digestione della cellulosa.

L'importanza delle osservazioni del Sanarelli sta sopratutto nell'interpretazione che egli dà dell'algidismo colerico. Egli ha osservato che se a distanza di sei o sette ore dalla iniezione peritoneale di una dose subletale di vibrioni s'inietta in circolo una piccola quantità (del tutto innocua se iniettata sola) di una cultura colibacillare filtrata l'animale muore immediatamente con ipotermia, asfissia, tachicardia, fenomeni che ricor-

dano molto il periodo algido dell'uomo. All'autopsia si osserva una congestione dell'apparecchio digerente con gastro-enterite desquamativa acutissima, spesso emorragica e nefrite acuta.

Siccome da molti punti di vista il fenomeno dell'algidismo e quello descritto rientrerebbero nel tipo anafilattico (e il Sanarelli tra gli altri ne ha dato la prova inoppugnabile) resta in tal modo dimostrato il fatto della possibilità di agire come fattore scatenante di germi abitualmente innòcui in animali sensibilizzati mediante altri germi di gruppo affine o lontano. Le crisi diarroiche, la enterite desquamativa e anche l'ulcerosa potrebbero così essere l'espressione in molti casi di un fenomeno di anafilassi locale, un vero fenomeno di Arthus.

Il Sanarelli ha descritto una vera desquamazione totale della mucosa intestinale che egli chiama epitallassi, che talora arriva fino alla distruzione totale del rivestimento mucoso.

Se questa sensibilizzazione per il colera è diffusa a tutto l'apparecchio gastro-intestinale, per alcune affezioni che colpiscono esclusivamente il colon, come la dissenteria, potrebbe essere limitata al solo colon. Si comprenderebbe perciò l'andamento a poussée di molte forme di colite ulcerosa.

Naturalmente questa generalizzazione del concetto di anafilassi a fenomeni che potrebbero spiegarsi con una concezione più semplicistica batteriologica farà sorridere qualche spirito superficiale; d'altra parte l'analisi della letteratura del dopoguerra dimostra che la spiegazione di molte forme croniche di colite ulcerosa consecutive a uno stadio acuto non può essere interpretata in maniera troppo semplice. Inoltre bisogna considerare che anafilassi è un concetto; un tipo di reazioni a sostanze chimiche che andrà molto analizzato o vagliato in seguito come dal concetto elementare di riflesso nervoso è sorta tutta la fisiopatologia e la semeiologia nervosa.

D'altra parte che un gruppo più o meno limitato di coliti ulcerose o purulente croniche possano determinarsi col meccanismo di una sensibilizzazione locale per le proteine batteriche lo dimostrano l'efficacia dei purganti che allontanano grandi masse di batteri morti, i periodi di requie che spesso seguono alle crisi di riacutizzazione, che potrebbe significare i periodi di relativa insensibilità che succedono sovente alla crisi anafilattica: inoltre l'azione terapeutica che spesso esercitano i medicamenti che vengono eliminati per il colon, quali bismuto, arsenico e mercurio, e che secondo alcuni potrebbero determinare una desensibilizzazione aspecifica mentre secondo altri determinerebbero una rigenerazione della mucosa che segue alla desquamazione di essa, potrebbe anche fornire la dimostrazione della genesi anafilattica di molte coliti croniche. Resta infine come argomento di una certa importanza la presenza degli eosinofili o dei cristalli di Charcot che si osserva con notevole frequenza in molti periodi di riacutizzazione della colite cronica ulcerosa o no in casi in cui sicuramente si possono escludere protozoi o vermi.

Questo gruppo di coliti da sensibilizzazione ai corpi batterici è ben lungi dallo spiegare tutte le forme a etiologia ignota della colite cronica ulcerosa o purulenta cronica. La colite uremica, la colite mercuriale, la bismutica e arsenicale stanno a dimostrare la possibilità di forme dovute ad eliminazione di sostanze tossiche; probabilmente il colon e la mucosa orale hanno una grande importanza nell'eliminazione di sostanze estranee che nell'atto stesso della eliminazione provocano fenomeni di necrosi locale o disepitelizzazione, come si verifica nei reni. Così molte volte la patina linguale associata a catarri cronici dell'intestino non sarebbe la conseguenza di questi ma dipenderebbe dalla stessa causa, sarebbe una forma di epitallassi da eliminazione. Non è da escludere che la mucosa dei tratti estremi dell'apparecchio digerente rappresenti un emuntorio fisiologico delle precipitazioni colloidali che avvengono fisiologicamente come meccanismo di difesa nell'organismo e a ciò contribuirebbe la facile permeabilità ai leucociti carichi di materiale estraneo.

Questi problemi sono appena allo studio, ma son ben lungi dall'essere risoluti. Così varia è l'interpretazione che si dà alla gastro-enterite diffusa con formazioni ulcerose a localizzazione prevalente duodenale che si verifica nelle ustioni: rientra forse nel gruppo suddetto, sebbene qui secondo alcuni potrebbero intervenire embolie multiple che permetterebbero l'azione peptica del succo gastrico o l'azione dei batteri abitualmente ospiti innocui dell'intestino. Giacchè l'ischemia locale è un fattore importantissimo di lesioni della mucosa dell'apparecchio digerente: per la ischemia dipendente da lesione vasale vanno qui raggruppate le forme su fondo sifilitico o arteriosclerotico.

Sull'importanza delle modificazioni della secrezione gastrica o pancreatica nella genesi della colite ulcerosa cronica ancora non è stata detta una parola definitiva.

Da tutte le considerazioni suesposte (alcune per amore di brevità e di chiarezza solo accennate) risulta che il problema etiologico della colite ulcerosa cronica è dei più complessi, ad ogni modo dalle ricerche di questi ultimi anni sono risultati fatti nuovi della massima importanza teorica e pratica.

Intimamente connesso col problema etiologico è quello della terapia.

Una cura dietetica nella colite ulcerosa non ha bisogno di essere troppo restrittiva; escludere la cellulosa, che meccanicamente può stimolare il colon, o cibi troppo irritanti chimicamente o tali che l'esperienza del malato ha dimostrato nocivi sono regole sufficienti per ben regolarsi in ogni caso; un esame coprologico però è indispensabile, specialmente per i casi di partecipazione del tenue o nei casi di fattore predisponente gastrico o pancreatico, per una maggiore selezione dei cibi o per una eventuale aggiunta di fermenti digestivi. La tolleranza al latte varia individualmente. Sugli effetti terapeutici dei fermenti lattici bisogna nutrire molto scetticismo.

Per quel che si riferisce alla terapia medicamentosa, in una malattia che si considerava inguaribile, l'esperienza farmacologica del periodo bellico e postbellico ha portato un contributo terapeutico realmente efficace; intendo sopratutto parlare del cloridrato di emetina, dello yatren, dello stovarsolo o neoarsolo.

Dopo che si scoprì l'esistenza di forme di colite ulcerosa protozoaria (sotto l'influenza ancora delle teorie della chemoterapia) sorse la terapia emetinica proposta dal Rogers che ha portato realmente grandi vantaggi nella forma amebica: però l'esperienza ricchissima di questi ultimi anni ha dimostrato che essa non può più considerarsi come una terapia specifica protozoaria: ed anzi mentre non sono rare le forme di amebiasi emetinoresistenti esistono forme sicuramente non amebiche che hanno talora vantaggi definitivi da una terapia di emetina; lo stesso si può dire dello yatren ma sopratutto dello stovarsolo e del neoarsolo. Questo è anche in accordo colla fase di demolizione dei concetti della chemoterapia che fino a qualche anno fa erano considerati assiomi: oggi siamo in un periodo di rivoluzione per quel che si riferisce al meccanismo di azione dei vari farmaci e dei parassitotropi in particolare.

Molti sono gli argomenti che in questi ultimi anni sono stati tirati in campo contro la azione parassitotropa nell'organismo dei vari medicamenti; oltre al fatto della possibilità di vivere e di riprodursi dei protozoi in soluzione anche abbastanza concentrata di sostanze ammesse come parassiticide parla contro l'azione specifica il potere (che presentano molte sostanze adoperate come elettive parassitotrope) di risvegliare fenomeni di difesa organica del tipo anafilattico o immunitario o d'agire come attivatori di speciali funzioni di difesa a sede per es. nel sistema reticolo endoteliale o diffuse a tutte le cellule del l'organismo (azione stimolante collo stesso meccanismo della proteinoterapia aspecifica secondo Weichhardt). Per l'emetina che in alcuni casi può provocare una vera crisi colloidoclasica (asma degl'inalatori di polvere d'ipecapuana) potrebbe per alcuni intervenire a spiegare l'azione terapeutica l'angiospasmo particolarmente accentuato nei visceri interni e a cui si deve la sua azione emostatica: l'angiospasmo del colon potrebbe determinare una desquamazione epiteliale, una vera epitallassi chimica, come ho potuto osservare durante la cura emetinica e che spesso coincide con una riacutizzazione della diarrea. Per lo stovarsolo, contro il concetto di un'azione parassitotropa, basta pensare che non ho osservato mai un'azione parassiticida nel caso di infezioni da lamblie, le quali vivendo nel tenue dovrebbero essere esposte maggiormente all'azione tossica del rimedio. Si può anche ammettere che l'arsenico, eliminandosi attraverso il colon, in parte venga ad essere trasformato in un prodotto tossico parassitotropo, però questo non spiegherebbe il fatto spesso osservato che esso è specialmente attivo là dove fenomeni tossici arsenicali del tipo colloidoclasico sono più evidenti (urticaria, vomito, diarree, febbre, dolori articolari) e dove appunto spiccano all'esame coprologico processi molto spiccati di desquamazione epiteliale con o senza eosinofilia: se agisse solo come parassiticida non potrebbe spiegarsi l'azione terapeutica in forme del tipo anafilattico provocate sperimentalmente come ho osservato in molti casi. Lo stesso meccanismo si deve invocare per spiegare l'azione terapeutica del bismuto e del mercurio, sostanze che vengono in gran parte eliminate attraverso il colon. Sul meccanismo dello yatren e dello yatren-caseina o dei vaccini-yatren è stato molto scritto in questi ultimi tempi. Si tratterebbe di una terapia stimolante specifico-aspecifica, la cui proprietà terapeutica è basata pare sulla fortissima quantità di iodio (legato all'acido ossichinolinsulfonico che impedirebbe le manifestazioni di iodismo) che agirebbe stimolando vari meccanismi di difesa.

In tutte le malattie croniche in cui sia necessaria un'azione stimolante sui tessuti esso pare che esplichi un'azione elettiva. Per la sua azione a focolaio spiccatissima in molti casi permette un rinnovo della mucosa intestinale alterata.

Collo stesso meccanismo agirebbe la proteinoterapia aspecifica che in molti casi di colite ulcerosa cronica ha dato anche nelle mie mani ottimi risultati. Esistono ricerche di Weichhardt sull'azione stimolante sulle varie funzioni cellulari dei prodotti della digestione parenterale dell'albumina iniettati in piccole dosi. Esistono anche ricerche interessanti sull'azione modificatrice del pH del siero le cui variazioni pare abbiano importanza per il potere di rigenerazione dei vari tessuti. Intervengono anche modificazioni del potere complementare del siero, o degli anti-

corpi o dell'indice opsonico. Modificazioni anche dello stesso genere le determinano anche molti metalli colloidali o preparati iodici o arsenicali.

Da queste considerazioni che ho appena accennato si rileva la complessità del problema del meccanismo d'azione dei farmaci e si comprende come essi possano agire su processi etiologicamente diversi.

Dalle considerazioni suesposte risulta che è addirittura puerile parlare di genesi protozoaria, di parassitosi in genere in base ad azione terapeutica delle varie sostanze tra cui emetina, stovarsolo, yatren. Sono a mia conoscenza casi di processi di colite ulcerosa cronica di natura amebica resistenti a queste presunte sostanze parassitotrope e in cui iniezioni di siero antidissenterico hanno dato successo definitivo.

Vari meccanismi come ho accennato debbono entrare in giuoco nel processo di guarigione che si verifica in molte forme di colite ulcerosa cronica in seguito all'uso di tali medicamenti e non deve essere estraneo in molti casi un processo di vera distruzione della mucosa in rapporto a un processo di epitallassi chimica o a una stimolazione rigenerativa della mucosa.

Le ricadute non sono rare qualunque sia il meccanismo d'azione con cui si determina l'azione terapeutica della colite cronica ulcerosa, sia che i presunti agenti infettivi si annidino nelle cripte della mucosa o nello spessore delle pareti e che il processo di rinnovamento non sia completo, sia che la desensibilizzazione sia solo temporanea o intervengano nuovi fattori di sensibilizzazione.

Senza addentrarci in un campo d'ipotesi che solo una serie di esperienze rigorosamente condotte potrebbe valorizzare, a noi basta affermare che nei vari casi di colite ulcerosa è giustificato, qualunque ne sia il meccanismo patogenetico, un tentativo terapeutico coi mezzi che l'esperienza di questi ultimi anni ci ha messo a disposizione; giacchè accanto ad insuccessi si contano guarigioni temporanee o definitive in notevole numero e questi mezzi rappresentano un reale progresso nella terapia della colite ulcerosa.

Per quel che si riferisce alla sieroterapia specifica nelle forme in cui si può affermare con sicurezza la genesi dissenterica esistono autori entusiasti; però, da un'analisi critica della letteratura, si può nelle forme croniche ammettere che la percentuale dei casi di guarigione non supera quella ottenuta con proteinoterapia aspecifica o con sostanze chimiche, che, come meccanismo di azione, rientrano più o meno in questo gruppo di azione.

Molti autori si vantano degli autovaccini; ma anche a questo proposito le statistiche più recenti non sembrano dimostrative: per esempio Barger e Logan in 93 casi trattati con un vaccino preparato con le culture del diplococco da loro isolato hanno osservato una guarigione solo nel 10 % dei casi e il Buie in un articolo recentissimo ha osservato che anche nei casi in cui mediante l'autovaccinoterapia si ha una guarigione clinica della diarrea si osserva all'esame sigmoscopico la persistenza delle ulceri.

Nel gruppo delle guarigioni ottenute colla proteinoterapia aspecifica rientrano quelle dovute alla cura dei raggi ultravioletti. Io stesso in forme ribelli ho potuto ottenere tregue o guarigioni. È un fatto accertato che esistono rapporti notevoli funzionali tra cute e funzione del colon, come lo dimostrano le riacutizzazioni da freddo nelle coliti e le diarree di lunga durata che seguono alle cure radioterapiche e le alterazioni intestinali che si osservano nelle scottature. Coll'applicazione dei raggi ultravioletti per avere qualche vantaggio si deve però arrivare alla forte reazione cutanea con eritema e desquamazione; quasi sempre in tali casi al miglioramento precede un periodo di riacutizzazione.

Talora si hanno vantaggi per lo più transitori anche in forme ribelli alle terapie descritte coi comuni astringenti a base di acido tannico, legno di campeggio, radice di melogranato, simaruba, ratania, colombo.

Transitoriamente non si può fare a meno talora degli oppiacei e in forme gravi emorragiche è indispensabile ricorrere agli emostatici nelle varie forme.

Quanto alla cura endoscopica lo Strauss, che ne era il sostenitore più convinto, nelle ultime sue pubblicazioni si mostra molto più scettico; esso lo limita alle forme circoscritte al retto. Anche i clisteri medicamentosi vanno perdendo molto dell'importanza primitiva; più che al tannino, al nitrato di argento è opportuno ricorrere a lavaggi di infuso di camomilla o di soluzione di acqua di calce (100 gr. in un litro) o di acido borico molto allungato: hanno lo scopo di allontanare il muco e i residui necrotici. Nella forma amebica si hanno in qualche caso vantaggi dai clisteri d'infuso d'ipecapuana o di soluzioni di yatren.

Dalle sospensioni gommose di bismuto, dermatolo, carbone non si hanno vantaggi reali e definitivi.

L'uso moderato dei lassativi, saggiando la sensibilità individuale, spesso porta reali vantaggi meglio sotto la sorveglianza del medico che in stazioni balneari.

Quando una cura medica scrupolosa per la durata di mesi non ha portato a miglioramento o guarigione, entra in discussione la cura chirurgica.

I risultati delle statistiche più recenti non sono certo brillanti. Anche sulla variabilità dei risultati influiscono la diversità delle indicazioni operatorie.

I tipi di operazione che si praticano sono la cecostomia (adoperata la prima volta dal Folet nel 1885) e l'appendicostomia (proposta dal Weir nel 1902). La mortalità specialmente della colostomia è piuttosto elevata (Zweig 40 %, Mummery 22 %), perciò è opportuno cominciare di regola con un'appendicostomia. In qualche caso però questa per ragioni tecniche non è possibile (obliterazione), allora si comincia senz'altro colla cecostomia. Nell'operazione di appendicostomia l'appendice va resecata per un tratto per evitare inconvenienti tra cui anche l'ileo. L'appendicostomia per lo scarico dei gas che provoca già di per sè, calma i dolori; essa permette inoltre un lavaggio spesso con miglioramento dello stato generale, e pare in qualche caso anche seguito da guarigione. L'appendicostomia è sempre preferibile dal punto di vista estetico-sociale. La fistola poi si chiude spontaneamente o con un intervento di pochissimo conto. Se dopo parecchi mesi di una fistola non si ottiene nessun vantaggio si può passare all'ano cecale. Anche i risultati di questo non sono sicuri; nei casi gravi, secondo Strauss, non si ottiene neppure con questo intervento alcun vantaggio. Quando l'esame sigmoscopico esclude lesioni del retto e del sigma si può tentare l'anastomosi ileo-sigmoidea.

È stata proposta anche la resezione del colon; però è consigliabile non praticarla come primo intervento e in pazienti non troppo deperiti.

L'operazione va accompagnata da tutte le regole dietetiche e medicamentose; è quindi solo un coadiuvante; permette un lavaggio attraverso la fistola. Non esiste un liquido antisettico specifico; meglio sono le irrigazioni di acqua di calce al 10 % a bassa pressione. I lavaggi con Yatren (200 cmc. di una soluzione all'1-3 %) sono stati adoperati pare con successo.

Una volta stabilita la fistola è opportuno non chiuderla finchè l'acqua di lavaggio o la sigmoscopia dimostrano che il processo ulcerativo non è guarito. Purtroppo esistono casi in cui dopo una fistola tenuta aperta per molti anni con un certo miglioramento dopo la chiusura sono ricominciati disturbi più gravi.

In due casi in cui ho fatto praticare l'appendicostomia non ho avuto vantaggi di sorta. Dall'esame della letteratura recente si vede però che l'entusiasmo per l'intervento chirurgico è molto diminuito; l'indicazione chirurgica reale è limitata secondo la mia esperienza in quei casi in cui ripetuti esami radiologici hanno dimostrato che esiste un punto ristretto che ostacola la guarigione.

D'altra parte bisogna considerare che anche la semplice appendicostomia ha una mortalità abbastanza elevata (circa il 20 %).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un raro caso di poliadenopatia luetica specialmente cervicale

per il dott. GIOVANNI LIONETTI (Roma).

Anamnesi. F. F., di anni 20, da Montecarlo e domiciliata a Roma, maritata, donna di casa.

Genitori viventi: il padre è paralitico, la madre da bambina soffrì di linfatismo, in seguito di scrofuloderma, non aborti, ha avuto sette figli tutti viventi e sani ad eccezione di una, la più piccola, affetta da rachitismo e scrofula.

La paziente, nata a termine, ebbe allattamento materno, la dentizione, lo sviluppo fisico, la deambulazione furono normali. A sette anni meningite. Poscia, sebbene clorotica e linfatica, non ebbe altre malattie, fino all'epoca del matrimonio. A dodici anni mestruò. A sedici anni andò a nozze e fu contagiata di lues. Nello stesso anno (1921) soffrì di cefalalgia intensa, artralgia con febbri alte fino a 40°, remittenti di notte con sudorazione profusa, non tosse, non espettorazione, non dolori al torace. Il quadro morboso fu accompagnato da leggera poliadenopatia generale, astenia grave, anoressia e deperimento organico. Dopo due mesi le febbri cessarono, la paziente si rimise discretamente in salute e le tumefazioni ghiandolari regredirono. La cura antiluetica fatta nei due mesi precedenti, non fu più continuata. Nel 1923 difterite. Nel 1924 ebbe un bambino eredo-luetico, dato a balia.

Nel 1925 aborto a tre mesi a causa di blenorragia acuta, dopo cinque giorni febbre gonococcica con metrite ed annesite bilaterale.

In queste condizioni fu da me presa in cura. Dopo circa 40 giorni di cura per la blenorragia esistente la paziente abbandonò il letto. Constatate le R. W. + + + e M. T. R. + + +, iniziai la cura antiluetica col cianuro di mercurio intravenoso. Circa 20 giorni dopo (12 maggio 1925), improvvisamente insorse una tonsillite acuta accompagnata da febbre alta remittente al mattino e che alla sera raggiungeva i gradi 40° ½, al quinto giorno la tonsillite era quasi guarita e la febbre cessata. Due giorni dopo si ebbe altro attacco febbrile (41°) remittente al mattino (39° ½) e contemporanea rapida e notevole tumefazione indolente delle ghiandole del collo, del cavo ascellare sinistro, degli inguini. La paziente, abbattuta, adinamica, anorresica, aveva tosse secca con espettorazione, alvo stitico, polso celere e piccolo (120 pulsazioni al minuto), respirazione ritmica accelerata. Non fatti nuovi a carico dell'apparato urogenitale.

Esame obbiettivo. Sviluppo scheletrico normale; condizioni generali scadenti, pannicolo adiposo scarso, cute pallida, viso stanco, gote leggermente colorite, occhi cerchiati, naso assottigliato, mucose visibili pallide, lingua impaniata, umida e non arrossata alla punta ed ai margini laterali, alito cattivo, palato e retrobocca sani, tonsille un po' ipertrofiche ed arrossate, laringe leggermente rossa, polso piccolo frequente, ritmico.

Apparato linfoghiandolare. Numerose ghiandole erano tumefatte: nella regione latero-cervicale, nelle regioni pre- e post-sternocleidomastoidee ove, specie a sinistra, qualcuna raggiungeva la gran

dezza di un uovo di gallina. Altre di varia grossezza, si notavano nella regione sottomentoniera al margine interno inferiore della mandibola, e nelle regioni sopraclavicolari. Tutte le dette ghiandole erano completamente indolenti, erano di consistenza duro-fibrosa e sembravano aderenti fra di loro, mentre palpando bene si percepivano distinte, distaccate e mobili. Non speciale atteggiamento del collo. Nelle due regioni ascellari si notava: a destra una glandola grande come una nocciola, a sinistra grande come una noce, entrambe mobili, indolenti, duro-elastiche. La cute in queste regioni non era arrossata, non presentava aumento di temperatura locale, era ben spostabile sulle ghiandole, tesa, un poco lucida. Nelle regioni epitrocleari: *assenza di gangli*. Nelle regioni inguinali: piccoli gangli mobili, isolati ed indolenti.

Torace. Fosse sopra- e sottoclavicolari tumide, tese; clavicole non visibili; fossa giugulare piana, scapole alate, respirazione costo-addominale; movimenti ampi; respiro leggermente accelerato; apici allo stesso livello; ipofonesi nelle regioni sopra- e sottospinose più accentuate a sinistra.

All'ascoltazione: respiro aspro nelle regioni sopra- e sottospinose con qualche rantolo a piccole bolle.

Cuore: all'ispezione ed alla palpazione normale; itto circoscritto sollevante; all'ascoltazione leggero soffio sistolico alla punta.

Fegato e milza: normali.

Addome: trattabile, indolente, non meteorico.

Organi genitali: leggerissima secrezione muco purulenta, utero in posizione normale, non ingrandito, indolente, collo leggermente eroso. Annessi leggermente dolenti alla palpazione combinata.

Esame speciali. Urine: albumina e zucchero assenti.

Esame del sedimento: cellule delle vie urinarie inferiori, numerosi leucociti, germi diversi.

Esame del sangue: formula leucocitaria normale.

Esame dell'espettorato: negativo per il bacillo di Koch.

Cutireazione (positiva) per la tubercolosi.

Reazione di Wassermann (+ + +).

Reazione di Meinicke (M. T. R.) (+ + +).

Diagnosi differenziale. Questa sintomatologia grave, mi lasciò sospettare fin da principio la sifilide ganglionare che era la prima da considerare sia per la positività della R. W. e della M. T. R., in soggetto sifilitico di vecchia data, sia perchè nel 1921 si era avuto un quadro quasi identico, sia perchè si poteva ammettere una maggiore virulenza del treponema per il periodo lungo di assenza di cure, per la debilitazione fisica della paziente in seguito all'infezione gonococcica ed alla tonsillite acuta. Sappiamo come in tutti i periodi della sifilide si possono avere linfoadeniti. Escludendo subito quelle del periodo primario (per l'assenza del sifiloma in atto) ed escludendo anche le linfoadeniti terziarie (che sono più rare e che formano un pacchetto aderente alla pelle ed agli organi vicini, con esito quasi sempre in gomma e relative ulcerazioni), restava da esaminare la sola forma secondaria. Difatti nel periodo secondario questa lesione è diffusa, e può colpire tutto il sistema linfoglandolare, al quale si trasmette in generale per via sanguigna. I gangli cervicali possono facilmente essere colpiti, così come gli occipitali, gli ascellari, gli inguinali, gli epitrocleari (questi ultimi qui assenti). Essi si presentano aumentati di volume, induriti, indolenti, mobili sotto le dita e mai suppurano e possono essere accompagnati nei casi ad evoluzione rapida e grave come questa, da febbre elevata. Nella paziente, sebbene vi fossero dati anamnestici e clinici riferentisi anche alla tubercolosi, non esitai a concludere per una diagnosi di *poliadenopatia sifilitica*, sebbene assenti i gangli epitrocleari, che nelle donne a volte mancano. Posi tale diagnosi perchè, come già ho esposto, nel 1921 si era avuta una forma morbosa quasi uguale, e perchè era mia convinzione che l'infezione luetica fosse più grave di quella tubercolare esistente agli apici. Decisi così di continuare subito la cura antiluetica col cianuro di mercurio, non volendo assumere la responsabilità del 914, per la febbre elevata e per le condizioni generali gravi in atto, ed anche perchè non conoscevo affatto la tollerabilità di questa verso la cura neosalvarsanica. Ma la cura endovenosa di cianuro di mercurio nei primi dieci giorni non dette nessun accenno a miglioria locale, mentre la temperatura, iperpiretica nei primi 4 giorni (39°-40°), dal quinto giorno in poi cominciò ad oscillare da 37° al mattino a 39° circa alla sera, ciò che dette una conferma *ex adiuvantibus*.

Considerando poi la tubercolosi linfoghiandolare, sappiamo che è un processo patologico osservabile in tutte le età. Può avere la porta d'ingresso da una lesione tubercolare già preesistente, oppure attraverso una mucosa, senza che lasci traccia del suo passaggio, e così può invadere il sistema linfatico. Per i precendenti famigliari, ed in ultima ipotesi volendo considerare la tonsillite pregressa come porta d'ingresso del bacillo di Koch (che spesso si trova nel cavo bucco-faringeo e nasale), si poteva pensare di attribuire il quadro morboso ad una forma di tubercolosi linfoghiandolare. Questa quando non non va incontro ad una periadenite, si presenta clinicamente sotto il tipo di una o più ghiandole, di volume variabile fino alla grandezza di un uovo, dure-elastiche, indolenti, nettamente isolate le une dalle altre, mobili sotto la pelle, che è integra, non arrossata e senza far presa sui piani sottostanti. Vi è inoltre assenza di gangli

epitrocleali, Ed in questo modo, difatti, si presentava il caso nella paziente. Ma tale forma clinica rarissima e di diagnosi spesso difficile, si poteva eliminare pensando alla insorgenza dei gangli cervicali subito dopo l'infezione luetica, con un tipo clinico quasi identico a quello di cui tratto e per la miglioria ottenuta in precedenza mediante il noesalvarsan. Dunque è giocoforza ammettere anche la prima infezione come luetica, e la seconda come una reinfezione ghiandolare in soggetto tubercolare. Certo, in questo caso la sifilide e la tubercolosi si sovrapponevano e confondevano, ma mentre sappiamo che la sifilide difficilmente va incontro ad una perilinfoadenite, la tubercolosi invece vi è spesso soggetta. Inoltre è da considerarsi che appena la paziente fu a me affidata non dava segni clinici di apice tubercolare e che questa si rese manifesta solamente poi e fu ben accertata con l'esame radiografico durante il ricovero in ospedale.

Il linfoadenoma leucemico non può prendersi in considerazione nella diagnosi, poichè all'esame del sangue mancano i segni della leucemia linfatica. Al contrario si prospetta la possibilità del morbo di Hodgkin, che si riscontra specialmente nei giovani e frequentemente dia localizzazione nella regione cervicale, cominciando con l'aumento progressivo dei gangli di un gruppo, indolenti, ed indipendenti e mobili sui tessuti vicini, di consistenza molle elastica che mai suppurano e mai ulcerano la cute. Questo morbo quasi contemporaneamente si propaga ad altri gangli di altre regioni, la milza aumenta spesso di volume, il tasso leucocitario rimane normale. L'evoluzione di tale malattia può essere di pochi mesi, o di qualche anno ma termina con la morte, per progressiva anemia e cachessia. Lo esclusi per l'aspetto della tumefazione, e sopratutto perchè non vi era alcun accenno nell'esame del sangue all'anemia, nè ingrossamento di milza.

Il caso non mi poteva lasciar pensare neppure ad una linfoadenite cronica primitiva riacutizzata, perchè questo può ammettersi in diagnosi di natura se si può eliminare la tubercolosi ed ammettere la causa d'infezione non specifica, con porta d'ingresso da altre lesioni, che in tale caso avrebbe potuto essere la pregressa tonsillite acuta. Ma in questa specie di linfo-adenite, i gangli colpiti si presentano aumentati di volume, di consistenza duro-elastica, indolenti e mobili in primo tempo, la pelle sovrastante e normale, mancano o sono scarsi i disturbi funzionali e mancano completamente fatti di reazione generale, che qui invece erano presenti e gravi. Nè potevo pensare ad una forma acuta, per l'assenza del dolore e perchè si sarebbe presentata la perilinfoadenite con tutti gli altri dati di un processo flogistico acuto.

Volendo completare lo studio del caso, e meglio assicurarmi della esattezza della mia diagnosi, onde valermi di tutti i sussidi diagnostici necessari la feci ricoverare nel VII padiglione di medicina al Policlinico Umberto I, diretto dal prof. Arcangeli (21 maggio 1925). Qui la paziente fu sottoposta alla cutireazione per la tubercolosi positiva e all'esame radiografico il quale rivelò: adenopatia ilare bilaterale. A sinistra su di un fondo di un'opacità generale si notavano delle ombre più opache da costituire una specie di marmorizzazione. (Dott. Esdra).

Furono ripetute inoltre le ricerche ematologiche sopradescritte, che dettero lo stesso risultato, e dopo qualche giorno si asportò una ghiandola ascellare per l'esame istologico.

Nel frattempo (il 26 maggio) fu praticata la prima iniezione di neosalvarsan intravenosa (g. 0.30) che non dette alcun disturbo. I gangli e la febbre persistevano mentre il quadro generale andava leggermente migliorando, e la formula leucocitaria si manteneva normale. L'esame istologico della ghiandola asportata (prof. Dionisi) affermò la natura luetica della poliadenopatia (giugno), e difatti, continuando la cura neosalvarsanica intravenosa, la paziente andò sempre migliorando, i gangli regredirono, la febbre dal 15 giugno 1925 non più comparve, l'appetito e le forze fisiche migliorarono, il peso del corpo aumentò, ed il 2 luglio successivo, ultimata la cura salvarsanica, la paziente venne dimessa migliorata. Iniziai allora privatamente la cura bismutica col salbiolo, e dopo tre mesi la paziente ritornò completamente rimessa in salute, colorita ed aumentata di peso (3 kg.).

In seguito ho rivisto la paziente, che continua anche quest'anno la cura antiluetica, e posso asserire che ella gode ancora buona salute e che non ha avuto altri disturbi; i gangli in gran parte sono scomparsi, e quelli che erano più voluminosi si sono ridotti alla grandezza di una piccola nocciola, sempre spostabili dai piani sovrastanti.

***

Ringrazio l'illustre maestro prof. Arcangeli, per l'ospitalità e per le cure amorevoli prestate; ringrazio inoltre il suo aiuto dott. Lucherini, che gentilmente mi ha fornito le notizie nel periodo di ricovero in ospedale.

SUNTI E RASSEGNE.

MICROBIOLOGIA.

Rapporti tra la « Leptospira icteroides » e la « Leptospira icterohaemorrhagiae ».

M. Theiler e A. W. Sellards (*Amer. Journ. Trop. Med.*, nov. 1926) ricordano le precedenti ricerche di Noguchi, il quale differenzia i due germi sopra menzionati per mezzo di due ordini di prove e cioè:

1) l'*immunizzazione crociata* nel senso che il siero di cavalli o di conigli immunizzati verso uno dei due germi determina solo una protezione parziale o incompleta verso l'altro germe; a volte però si sono avuti risultati paradossali, nel senso che animali attivamente immunizzati verso un germe sono stati protetti efficacemente verso l'altro: in tali casi Noguchi crede che intervenga un'immunità naturale;

2) il *fenomeno di Pfeiffer*, che Noguchi considera specifico nella maggioranza dei casi e che egli stima superiore all'agglutinazione e ad altre prove serologiche. Corrisponderebbe bene così la prova passiva (iniezione di leptospire e di siero di animali immunizzati) come quella attiva (inoculazione di leptospire in animali immunizzati: quest'ultima tuttavia dà risultati meno definiti).

Le ricerche degli AA. sono state eseguite con una *Leptospira icteroides* isolata nel Brasile (Palmeiras III) e con una *Leptospira icterohaemorrhagiae* isolata da ratti di Boston. L'immunizzazione crociata è stata eseguita su 26 cavie; altre 26 cavie hanno fatto da controllo, mentre 18 sono servite per titolare la dose letale (1 cmc. di emulsione di fegato infetto, iniettata nel peritoneo).

È risultato che cavie immunizzate contro uno dei due germi sono completamente protette anche contro l'altro germe (tollerano 10,000 dosi letali). Anche la prova di Pfeiffer ha dimostrato una reciprocità perfetta.

Le ricerche surriferite portano a mettere in dubbio il compito della *L. icteroides* nell'eziologia della febbre gialla, molto più che i rapporti tra questa e la malattia di Weil non sono ben chiari. Gli AA. avanzano due ipotesi possibili e cioè: 1) la febbre gialla e la malattia di Weil sono eziologicamente identiche; ovvero 2) la leptospira non ha nulla da fare con la febbre gialla.

Gli AA. sospettano che in altre esperienze siano entrati in gioco due gruppi di varietà di *L. icterohaemorrhagiae*, per le quali sia debole l'immunizzazione crociata; difatti dalle ricerche di Noguchi si desume l'esistenza di più ceppi.

*
* *

Ulteriori ricerche su questo argomento sono state eseguite da W. Schüffner e A. Mochtar (*Arch. f. Sch.- u. Tr.- Hyg.*, apr. 1927). Esse sono state condotte in grande stile, con molta diligenza, valendosi di un ceppo di *L. icteroides* isolato a Guayaquil e controllato da Noguchi, di 24 ceppi di *L. icterohaemorrhagiae*, 4 ceppi aberranti, 1 *L. hebdomatis*, 1 di leptospira isolata da un caso di febbre emoglobinurica.

È risultato che la *L. icteroides* è identificabile con la *L. icterohaemorrhagiae*, così nei riguardi morfologici e tintoriali, come nei riguardi serologici e immunologici (prove crociate), come nelle azioni patogene sperimentali: nessuna differenza è stato possibile riconoscere.

Oltre alle prove di Pfeiffer *in vivo* (con siero di animali immunizzati o su animali immunizzati), gli AA. hanno eseguito delle prove *in vitro* sul potere agglutinante e sul potere litico dei sieri di animali immunizzati verso un germe, di fronte all'altro germe.

*
* *

È da ricordare che anche Manson-Bahr (*Lancet*, 1922) aveva osservato come il siero di soggetti guariti dal morbo di Weil difendesse gli animali contro il germe di Noguchi.

Altri dubbi seri erano stati sollevati a più riprese contro il compito eziologico specifico di questo germe, da Lebreda, Hoffmann, Agramonte e altri.

Tuttavia le prove addotte da Noguchi parevano così organiche e decisive, che dai più non si osava di revocarle in dubbio.

Ora l'eziologia della febbre gialla torna di nuovo sul tappeto e la pretesa scoperta del Noguchi, forse troppo frettolosamente accolta, volge al suo probabile tramonto.

È ciò che aveva un po' previsto G. Sampietro, in una notevole rivista critica sulla eziologia della febbre gialla, pubblicata nel 1920 sugli *Annali d'Igiene*, subito dopo le prime pubblicazioni non molto persuasive dello stesso Noguchi.

P.

FEGATO E VIE BILIARI.

La colecistite lipoidea.

(BERGERET e DUMONT, *Presse Méd.* 1927, n. 12).

Studi recenti hanno assodato che la mucosa delle vie biliari e della cistifellea in particolar modo ha una funzione più complessa di quello che non si credesse un tempo (drenaggio ed espulsione della bile).

Il sondaggio duodenale ha dimostrato che la bile cistica ha una composizione differente da quella della bile epatica e coledocica. Inoltre si vide (Policard) che nella mucosa delle vie biliari intraepatiche, come in quella della cistifellea del cane, vi sono inclusioni epiteliali lipoidee, sotto forma di grandi granulazioni rifrangenti sotto o intranucleari, variamente colorabili, aventi in parte i caratteri della colesterina. Si crede siano l'espressione di un assorbimento, da parte della mucosa delle vie biliari, dei lipoidi della bile. Ciò permette forse di spiegare l'importanza delle alterazioni della mucosa delle vie biliari nella genesi della colelitiasi (abrasioni e atrofia dell'epitelio, mucosa a fragola, ecc.).

Gli AA. in un malato operato di colecistectomia in seguito a coliche epatiche e guarito dipoi perfettamente, hanno studiato le alterazioni istologiche della cistifellea. Quest'organo conteneva un unico calcolo ovalare del peso di gr. 2.50, sfaccettato, semitrasparente, e muco torbido striato di una sostanza purisimile, che al microscopio si rivelava composta di rari leucociti granulosi, rari cristalli di acidi grassi, e ombre di globuli rossi in gran numero, con la superficie disseminata di granuli lipoidei, granuli che si trovavano anche in libera sospensione nel liquido. In mezzo a questi elementi, si osservavano masse molto più voluminose, più opache al centro, formate di numerosi granuli lipoidei conglomerati (corpi moriformi degli AA.), tingibili in bruno con acido osmico e in rosso aranciato col Sudan, birifrangenti. Con colorazioni all'ematossilina ferrica, tali masse risultano essere cellule voluminose, a nucleo centrale assai povero di cromatina, a protoplasma semitrasparente, con molti vacuoli, dei quali i più grandi sono perinucleari.

Tali cellule sembravano quindi essere elementi del connettivo, con funzione di macrofagi.

Ma un più attento studio induce gli AA. a credere alla loro natura epiteliale; la loro funzione di macrofagi, devoluta di solito agli elementi connettivali, è spiegabile paragonando queste cellule a quelle di aspetto simile dell'epitelio intestinale.

Le alterazioni istologiche della cistifellea erano: sclerosi diffusa adulta delle varie tuniche, fatti di endoperiarterite intensa, e, a carico della mucosa del fondo, scomparsa dei villi e dei diverticoli; in corrispondenza di una ulcerazione del fondo, cellule con inclusioni lipoidee, simili a quelle già descritte, che tutto porta a credere si siano formate in situ; altre cellule simili sembra che si riassorbano per via sanguigna, attraversando le pareti dei vasi, altre si apprestano ad uscire nel lume della cistifellea.

Parrebbe dunque, dai fatti citati, che la funzione della mucosa della cistifellea si invertisse, ed invece di eliminare per via linfatica i lipoidi biliari, versasse nel lume della vescicola i lipoidi, e non per via fisico-chimica, ma cellulare. Questo fenomeno, se non la formazione iniziale dei calcoli, spiegherebbe molto bene il loro accrescimento, specie quando, come nel caso presente, manchi la causa infettiva. GARRONE.

Le cognizioni attuali sulla radiologia della vescichetta biliare.

(W. VIGNOL. *Paris Médical*, n. 46, 1926).

L'A., facendo la storia dell'argomento, ricorda come le prime ricerche di laboratorio siano dovute a Chapius e Chomal (1896), mentre la prima radiografia di calcoli biliari fu fatta nel 1893 da Beck. Seguirono le ricerche di Béclére, Desternes, Anbourg, Arcelin, Chauffard e Ronneo. Nel 1903, Maingot fece una tesi importante sulla visibilità di calcoli biliari, seguita da un'altra tesi nel 1914 fatta da Colombier, tesi che è la più completa per la letteratura.

Recentemente in America, Grahom e Cale, seguiti in Francia da Tuffier, Nemeurs, Delhorme e Gosset hanno introdotto l'uso della colecistografia.

Prima di parlare dello studio della vescichetta calcolosa, l'A., crede opportuno occuparsi della topografia radiologica delle vie biliari normali.

Secondo le ricerche di Duwal, Gatelier e Beclére grande è la variabilità topografica della vescichetta biliare; essa può essere soprarenale, soprapubica, prepubica, sotto la XII costola. La vescichetta organo anteriore, può nettamente differenziarsi dagli organi posteriori con una radiografia di profilo.

Data la grande mobilità dell'organo sarà opportuno tenerne conto nelle ricerche radiografiche.

Fino agli ultimi anni si credeva che la visibilità della vescichetta calcolosa dipendesse dalla percentuale di calcio contenuto nei calcoli stessi. I calcoli di colesterina sono invisibili ai raggi.

Le ricerche di Duval e Goiffeu hanno fatto conoscere come per la visibilità dei calcoli non sia punto necessario la presenza dei sali di calcio, qualunque sia la loro percentuale.

L'esame radioscopico, pure non avendo l'importanza della radiografia, è indispensabile come primo tempo di esplorazione.

Per procedere utilmente in questa ricerca è opportuno che il malato sia a digiuno, venga purgato ed abbia preso, un'ora prima dell'esame una pillola d'estratto tebaico.

Con l'esame radioscopico si potrà conoscere il volume del fegato, il diaframma, le basi polmonari. Alle volte sarà visibile la vescichetta biliare,

specie quando si tratti di cistifellea infiammata e ripiena di bile densa.

Con la palpazione potrà determinarsi la zona dolorosa.

Mettendo il malato in posizione trasversale si potrà vedere che la sporgenza piriforme che si insinua sotto il bordo epatico si designa dietro la parete addominale anteriore. Ma spesso non sarà visibile che con il seguente artefizio, insufflando cioè, da 200 a 300 cc. d'aria nel colon o meglio di anidride carbonica.

L'insufflazione dal colon è preferibile; secondo l'A., alla distensione gassosa dello stomaco, e al pneumoperitoneo, al quale ricorre eccezionalmente.

I calcoli saranno visibili raramente ed in modo imperfetto, mediante però la radiografia.

La preparazione del paziente è la stessa che per l'esame radioscopico; si metterà in posizione supina, con leggiera inclinazione destra, mettendo un cuscino al disotto della spalla sinistra. La cassetta porta-lastre è situata al disotto della regione epatica.

Il tubo dovrà essere centrato perfettamente secondo i punti di repere indicati da Béclére e cioè: linea della apofisi spinosa, bordo costale inferiore destro prolungato fino alla linea mediana dalla direzione della 12ª costola, cresta iliaca. All'unione del terzo superiore e del terzo medio della linea spinosa è tirata una perpendicolare e il punto dove questa perpendicolare tocca il bordo costale è il punto di centraggio del tubo. Si prendono 3-4 radiografie in questa posizione. Quindi si praticherà una radiografia di profilo, come risorsa complementare, e con ciò si potranno differenziare nettamente i calcoli biliari che si proietteranno sempre in avanti della colonna vertebrale, dai calcoli renali, che sono latero-vertebrali. I calcoli però oltre che nella cistifellea potrebbero trovarsi nel coledoco, e allora sono invisibili quasi sempre.

Nella letteratura medica francese ve ne sono 5 casi soltanto in cui furono potuti identificare. (Duval, Béclére, Laroche, Ronneaux).

Recentemente per tale ricerca, è stata preconizzata la colecistografia, dopo che Guhann e Cole hanno studiato delle sostanze speciali e non tossiche. Questo metodo in Francia fu studiato da Gosset e Loewy, che usarono la fenolftaleina tetrobromata e poi la fenoftaleina etereiodata, che dà un'opacità doppia della prima.

Questo sale può essere somministrato per via endovenosa ed orale.

Tecnica dell'iniezione endovenosa: si adopera una soluzione in acqua distillata al 5 %. La dose sufficiente e necessaria è di gr. 0,04 per kilogrammo, cioè gr. 2,40 per un paziente di 60 kilogrammi, disciolti in 80 cc. di acqua distillata. Questa soluzione viene sterilizzata a bagno-maria per 15 minuti di ebollizione.

Si possono usare soluzioni vecchie di 24 ore a condizioni di conservarle in flacone chiuso e al riparo della luce.

Preparazione del malato. — Lavaggio intestinale. Il paziente dovrà essere digiuno dal mattino alla sera. L'iniezione viene fatta al mattino dopo in una vena della piega del gomito, introducendo il liquido molto lentamente. Il paziente resterà coricato un'ora. Non sarà permesso alcun alimento fino a 24 ore dopo l'iniezione e sarà concesso di prendere solamente delle bevande per non provocare secrezione biliare.

Le radiografie saranno fatte dall'8ª alla 24ª ora dopo l'iniezione.

Tecnica della somministrazione per via orale. — Considerando l'imperfetto assorbimento della mucosa intestinale, le dosi saranno più elevate. Si daranno 30 centigrammi ogni 5 kilogrammi di peso del paziente. Si faranno preparare delle pillole cheratinizzate da 30 centigrammi ed il paziente, completamente digiuno, ne prenderà 5 in mezzo bicchiere di acqua di Vichy ogni mezz'ora fino a che abbia ingerita la dose totale, rimanendo in decubito laterale destro. Rimarrà digiuno fino a che saranno prese le radiografie, il che sarà tra l'8ª e la 24ª ora come per l'iniezione endovenosa.

Interpretazione dei risultati. — Secondo Carmon e Conusellor che ricordano 178 casi studiati con questo metodo tutte le volte che si dà un'immagine netta si tratta di vescichetta normale, mentre invece quando l'opacità è debole e la vescichetta è invisibile si tratta di casi patologici.

Se l'opacità è netta, ma l'ombra è irregolare, questa irregolarità è in favore della deformazione o sclerosi della vescichetta.

Recentemente Sabatini e Milani hanno preconizzato l'uso del bromuro di sodio e di stronzio nella dose di anagrammi 10, per via orale, ottenendo così delle buone radiografie.

Secondo l'A., però tale metodo non è privo di inconvenienti (obnubilamento visivo, vomito, amnesia). L'A., termina, prendendo in esame, dal punto di vista radiologico le pericolecistiti, le periduodeniti, le appendiciti. T. LAURENTI.

Risultati immediati e lontani dell'intervento sulle vie biliari.

(E. VILLARD-J. DUCLOS).

Gli autori in questo lavoro riassumono i risultati ottenuti in 28 anni di chirurgia biliare. Sono in tutto 484 operazioni di cui 131 colecistostomie,

163 colecistectomie, 190 coledocotomie. Hanno sopratutto di mira di ricercare i resultati lontani e di analizzare con cura i piccoli disturbi che si possono osservare dopo l'intervento, disturbi che non alterano lo stato generale, ma dei quali è duopo tener conto.

La colecistostomia dà una mortalità del 24 %, la metà dei casi riguardano però dei cancerosi, gli altri quasi sempre sono dei malati con forme infettive gravi. Nella calcolosi la colecistotomia dà esiti lontani di scarso valore, essendo frequentissima la recidiva di crisi dolorose. Si tratta ad ogni modo sempre, secondo l'esperienza degli autori, di una operazione dettata dalla necessità per le precarie condizioni del malato e mai deve essere elevata ad operazione di elezione.

La colecistectomia dà una mortalità del 15 %, un terzo dei casi riguarda cancerosi, gli altri due riguardano o gravi forme infettive, che seguitano nel loro andamento o complicazioni polmonari che sopraggiungono dopo l'intervento. I risultati lontani sono invece molto soddisfacenti. Le recidive dei disturbi sono molto rare; si può osservare talvolta dei leggeri dolori soprattutto nei primi mesi e disturbi digestivi frequenti ma benigni.

La coledocotomia dà in blocco una mortalità di 36 %, 33 % per la litiasi, 45 % per l'insieme degli altri casi. La mortalità nei primi mesi si eleva al 45 % per i cancri e per le infezioni senza calcoli. La mortalità nei casi di litiasi dipende soprattutto dal ritardo nell'intervento ed è dovuta al continuare dei fenomeni tossici od infettivi almeno nel 55 % dei decessi, mentre nel 45 % avviene per malattie intercorrenti, sempre però in dipendenza del grave stato generale lasciato dalla primitiva malattia. I risultati lontani della coledocotomia sono nel loro insieme eccellenti. Tutti i malati sono almeno temporaneamente migliorati, e nella litiasi la maggior parte (86 su 103), seguiti per molti anni, sono stati perfettamente bene, gli altri hanno avuti disturbi, ma non di grande entità, dolori leggeri all'ipocondrio, recidive di crisi larvate, disturbi digestivi leggeri, quasi sempre antecedenti all'operazione e che dopo di questa si sono almeno attenuati.

Le recidive di vere crisi dopo la coledocotomia sono rare.

Quando sono a breve scadenza sembrano dovute al fatto, che qualche calcolo è stato lasciato nelle vie biliari, in qualche modo difficili all'esplorazione, o nei canali intraepatici. Ad ogni modo sono recidive gravi che richiedono il reintervento, quando veramente si possa e senza dubbio convincersi che trattasi di un ostacolo meccanico e non di fatti infiammatori passeggeri (coledociti). Le recidive tardive sono ancora più rare e passeggere, e sono dovute ad un risveglio dei fatti infettivi, favoriti dalla modificazione del calibro dei dotti, apportato dalla operazione. I cancri delle vie biliari sembrano essere preparati dalla litiasi in un'alta percentuale (75 %). La frequenza relativa di questa complicazione (6 %) è la ragione principale che deve spingere a non ritardare l'intervento nella litiasi. In casi di cancro la mortalità è alta ed è meglio rinunciare ad ogni deviazione esterna della bile e di tentare invece le operazioni che ottengono la deviazione interna (colecisto-gastrostomia-epato-duodenostomia, ecc.).

In tutti gli interventi il sesso e l'età sono di grande valore dal punto di vista prognostico.

L'uomo è meno colpito, ma la mortalità nei maschi è più alta, e l'età avanzata in ambo i sessi rende la gravità operatoria più grande, sia per la frequenza dei cancri, sia per l'anzianità dei fatti infettivi, sia per la diminuzione della resistenza organica alle malattie e complicazioni intercorrenti.

In conclusione però la chirurgia delle vie biliari è una chirurgia di elezione e dai risultati veramente confortanti, poichè salva molti malati che senza intervento sarebbero a breve o lunga scadenza irrimediabilmente perduti.

I risultati lontani sono quasi nella totalità soddisfacenti, e la gravità immediata, non dipende tanto dalla operazione in se stessa, quanto dalla malattia che la richiede. Nei casi in cui si interviene precocemente la gravità è nulla.

U. BANI.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA.

Mestruazione, gravidanza e tubercolosi polmonare.

(F. BAUER. *Schweiz. med. Woch.*, n. 47, 1926).

Nel corso delle settimane che precedono la mestruazione ha luogo l'ovulazione, e fino all'inizio dell'emissione sanguigna, dura il processo di maturazione del corpo luteo.

Durante il periodo premestruale si ha una iperfunzione dell'ovaio, accompagnata forse da azione tossica del corpo luteo, la quale provoca un aumento della temperatura. Il corpo luteo inoltre agisce abbassando la pressione sanguigna e dilatando i vasi. Tale vasodilatazione ha grande importanza per quel che riguarda i polmoni e, verosimilmente, per quel che riguarda la funzione della ghiandola tiroide. L'iperfunzione tiroidea servirebbe infatti anch'essa a spiegare l'origine dell'ipertermia.

Le oscillazioni vasomotorie sono state inoltre messe sovente in rapporto allo squilibrio tossico vago-simpatico, per il quale, all'inizio della me

struazione, si verificherebbe un aumento del tono vasale.

Iniziatosi lo stillicidio sanguigno, si verifica un cambiamento, per il quale il tono vasale viene invece influenzato dal simpatico: i vasi a poco a poco si contraggono, la pressione sanguigna aumenta, per diminuire poi di nuovo, la temperatura cade alquanto al disotto della norma. Finalmente, l'influsso del corpo luteo viene lentamente ad esaurirsi, l'emorragia diminuisce, la pressione sanguigna aumenta, l'iperfunzione tiroidea cessa, e la temperatura torna alla norma.

In un piccolo numero di casi le oscillazioni della temperatura non avvengono al di là dei limiti normali.

Nelle donne tubercolose spesso la mestruazione decorre in modo simile; in alcune invece questa è sin dall'inizio scarsa e irregolare; in altre infine, e per lo più nei casi gravi, si ha addirittura una interruzione.

Nelle più giovani si ha spesso un ritardo notevole dell'inizio delle mestruazioni, la cui comparsa è in seguito resa più facile dall'eventuale guarigione della malattia.

Nei giorni precedenti e nei primi giorni del periodo mestruale si assiste a un peggioramento di tutti i sintomi polmonari, rilevabili con la percussione e l'ascoltazione della malata; aumenta l'espettorato e il suo contenuto in bacilli, aumentano la sudorazione, i dolori e gli essudati patologici. È poi importante il presentarsi di emottisi, che per lo più precedono le regole, e che talora sono rimpiazzate da epistassi e da emorragie emorroidarie. Altri focolai tubercolari possono del pari in tal periodo mostrare una riacutizzazione del processo.

Per quel che riguarda la temperatura, nelle tubercolose mestruate regolarmente non si osservano che le oscillazioni normali dei soggetti sani, e si tratta allora per lo più di forme lievi e torpide. In altre malate, invece, la febbre premestruale dura 8-10-14 giorni, protraendosi poi per parecchi giorni, e ciò è segno di gravità del processo.

Vi è inoltre un secondo gruppo di elevazioni mestruali della temperatura, il quale ha importanza patognomonica molto più grande, essendo l'espressione di un processo assai attivo e progressivo. Si tratta cioè delle vere e proprie febbri mestruali, che si verificano nel 32:100 circa dei casi, di intensità varia, accompagnate da un peggioramento notevolissimo di tutto il quadro morboso.

Osservazioni analoghe sono state fatte per i movimenti febbrili postmestruali, pei quali pure vale la distinzione in casi lievi e casi gravi, nei quali ultimi il permanere di una temperatura alta può talora segnare l'inizio di una nuova localizzazione o di una generalizzazione del processo. Durante la febbre intramestruale, infatti, la bacillemia è stata trovata più accentuata da vari autori.

Il corollario di tutto quello che precede si è che le tubercolose, durante il periodo mestruale, devono osservare un riposo più rigoroso, eventualmente restando in letto, e, in ogni caso, sospendendo la cura tubercolinica.

Passando a considerare i rapporti tra tubercolosi e gravidanza, parto e puerperio, è intanto ben conosciuto come tali fatti aggravino la malattia.

Si è voluto trovare la causa patogenetica di tale aggravamento sia nella minor ventilazione polmonare, secondaria all'innalzamento del diaframma, spinto in alto dall'utero gravido, sia nella stasi venosa indotta nel polmone dal rallentamento circolatorio. Ma contro tali teorie sta il fatto che il peggioramento in parola si verifica in genere nei primi mesi della gravidanza, allorquando questi meccanismi sono appena abbozzati. Le contradicono poi anche i resultati favorevoli che talora si hanno con lo pneumotorace applicato all'inizio della gestazione, per il quale, naturalmente, si esercita una compressione ben più importante. È quindi più probabile che il peggiorare dei sintomi sia dovuto agli stessi fenomeni d'intossicazione che generano le nausee, i vomiti, la stanchezza, l'inappetenza, nonchè agli squilibri dell'innervazione vaso-simpatica e delle ghiandole endocrine, ed alle deviazioni nel ricambio organico dei grassi e dei lipoidi. È infatti da molto tempo risaputo come sin dal terzo mese di gravidanza aumenti la colesterina nel sangue.

Tale questione della colesterina è importante, ed i pareri in proposito sono stati assai discordi. Normalmente, tale sostanza è contenuta nel sangue in proporzione di circa gr. 1,67 per litro. Nelle gravide sane tali cifre salgono in genere, dal terzo mese in poi, al disopra dei 2 grammi. Nei soggetti con tubercolosi lievi si hanno cifre anche più alte, mentre invece nelle gravide con forme serie il tasso scende quasi sempre al disotto dei 2 grammi. E lo stesso comportamento si osserva anche dopo avvenuto il parto.

L'iperproduzione della colesterina deve verosimilmente essere interpetrata come un processo di difesa verso i veleni, e come fonte di energia per l'embrione che si sviluppa.

La mancanza di tale produzione nelle forme tubercolari gravi deve poi essere messa in rapporto con la disfunzione epatica, dimostrata anche dalla comparsa di urocromogeno e dalla degenerazione amiloide degli stadi terminali.

Indipendentemente dal problema della colesterina è stato osservato come piuttosto di frequente, durante la gravidanza e il puerperio, la cutireazione alla tubercolina divenga più debole, o scompaia del tutto. Anche questo passaggio dall'allergia all'anergia può essere indizio di una diminuita difesa interna, favorente le reinfezioni endogene ed esogene.

In sostanza si può ritenere che il contenuto sanguigno di colesterina rappresenti un criterio di prognosi notevolissimo nei riguardi del processo specifico.

Un valore in certo modo analogo, dal punto di vista della difesa organica, e della tendenza alla cicatrizzazione delle lesioni, può essere rappresentato dall'ipocalcemia.

Passando al lato pratico del problema, si può dire che il concepimento e la gravidanza non sono di regola disturbati dalla tubercolosi, e che l'aborto spontaneo si verifica solo in un numero di casi assai limitato. Viceversa è ben risaputo quanto deleteria riesca la gravidanza per la donna tubercolosa, sia dal punto di vista clinico, che dal punto di vista sociale.

Si impone perciò il problema, caso per caso, se convenga o no intervenire, interrompendo la gestazione.

Nelle forme di scarsa o di media gravità la vita in località di cure climatiche e l'osservanza di rigorose regole igienico-dietetiche, può non solo permettere che la gravidanza termini, ma anche procurare un certo miglioramento nello stato generale. S'impone comunque una sorveglianza assai rigorosa durante i primi quattro mesi, onde intervenire in tal periodo di tempo, qualora si manifestasse peggioramento netto.

Considerazioni analoghe, benchè molto più rigorose, valgono per i casi gravi, nei quali si cercherà anche l'ausilio terapeutico dello pneumotorace e della frenicotomia, ricorrendo all'aborto non appena appaiono i sintomi di peggioramento. Una indicazione assoluta di aborto è invece data dalla concomitanza di lesioni laringee. Pericoli notevoli insorgono per la tubercolosa durante il parto e durante il puerperio, a causa degli sforzi compiuti e dello spostamento improvviso del diaframma per lo svuotamento del contenuto addominale, e a causa anche dell'aumentata combustione dei grassi durante il periodo d'involuzione uterina, la quale combustione avviene in parte notevole nei polmoni, come hanno dimostrato gli studi più recenti.

Il parto prematuro artificiale non evita tali inconvenienti, e deve essere tenuto in considerazione solo pei casi in cui la madre trovasi in condizioni estreme.

Le regole fondamentali da osservarsi dalle donne tubercolose restano dunque sempre quelle di evitare la gravidanza, usando l'astinenza, o, per lo meno, gli adatti mezzi anticoncezionali.

Nei casi non gravi, sopravvenuta una gravidanza, e condotta a termine, se ne potrà eventualmente verificare anche qualche altra successiva, purchè tra l'una e l'altra intercorrano periodi lunghi di riposo e di cura.

La sterilizzazione operatoria della donna è un procedimento troppo grave per un organismo malato; la sterilizzazione coi raggi X è anch'essa pericolosa, essendo difficile il dosaggio preciso. Si sa infatti che se tale dosaggio non è stato appropriato, le cellule germinative non muoiono, ma subiscono alterazioni per le quali è poi possibile il concepimento di esseri costituzionalmente assai tarati (« enfants de rayons X » dei francesi).

Opinione sostenuta dall'A. è che le donne tubercolose divenute gravide dovrebbero, per quanto è possibile, essere affidate ai sanatori e ai luoghi di cura adatti, per essere sorvegliate e trattate nel miglior modo.

M. FABERI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

H. TÖBBEN. *Die Jugendverwahrlosung und ihre Bekämpfung.* Ascherdorffschen Verlagsbuchhandlung, 2 Auflage 1927. Mk. 36.

Quest'opera, di mille e più pagine, diretta ad impedire, nei limiti del possibile, la sempre crescente degenerazione della gioventù, ha avuto in breve volger di tempo, tale diffusione che già, ampliata e migliorata, ne è venuta alla luce una seconda edizione. Impossibile riassumere, sia pure brevemente, il contenuto del libro; mi limiterò quindi, per invitare a leggerla quanti si occupano di questo argomento, a segnalarne i punti più eminenti.

L'opera si apre con un cenno storico concernente l'abbandono della infanzia e i mezzi con cui lo si è combattuto, a partire dai tempi di Roma antica fino al secolo scorso. L'A. studia la questione specialmente nei riguardi della Germania, ma dà cenni, sia pure succinti, degli aspetti del problema in rapporto all'Italia, Francia e Inghilterra.

L'A. cerca poi di definire che cosa si debba oggi intendere per l'abbandono della infanzia dal punto di vista sociale. Secondo Többen si tratta di un disordine dell'equilibrio psichico, nel senso che, per ragioni differenti, si verifica nella personalità psichica infanto-giovanile una deviazione

più o meno profonda che la sottrae al modo normale della vita; e la porta, se il disturbo si verifica nel campo della vita di relazione, alla dissociabilità. Se oltre ciò il soggetto si pone con le sue azioni contro la legge, allora si tratta di Criminalità.

L'A. suddivide in due grandi gruppi le cause che possono produrre il triste fenomeno. Ascrive al primo gruppo le cause interne. Emerge fra tutte l'imbecillità, che viene esaminata sia dal punto di vista anatomo-patologico che da quello psicologico, con una esposizione minuziosa di tutti i mezzi che la psicologia sperimentale offre per determinare il grado e la specie del deficit psichico.

L'A. esamina quindi diligentemente il gruppo delle deviazioni psichiche che possono riportarsi, sensu lato, ad una personalità psicopatica. Sono perciò passati in rivista, con tratti brevi ma precisi, i bugiardi, gli insocievoli, gli impulsivi, i riottosi. Una particolare attenzione viene dedicata al problema delicatissimo, e oltremodo interessante, della personalità isterica nell'infanzia: il carattere del bambino isterico e il suo modificarsi nella pubertà fino alle soglie della giovinezza, viene seguito dall'A. con singolare perizia.

Dopo aver accennato al problema dell'omosessualità ed ai pericoli, dei quali essa può essere causa per la deviazione grave della personalità, e che può verificarsi già nei giovanissimi omosessuali, l'A. passa a studiare l'influsso che esercitano sull'abbandono dell'infanzia le altre cause che insorgono relativamente più tardi di quelle finora esaminate. Notevoli su questo argomento, lo studio della personalità psichica del pubere, e l'analisi della eventuale azione che possono avere sulla medesima alcune malattie nervose (specialmente l'epilessia e la encefalite epidemica).

L'A. affronta quindi la trattazione del secondo gruppo di cause: quelle esterne. Di importanza eccezionale è lo studio dei due periodi, della guerra cioè e del dopo-guerra. Dopo aver dimostrato in rapidi sunti l'impressionante aumento della criminalità precoce in Germania durante la guerra (la fase di dissocialità è stata largamente sorpassata), l'A. illustra una lunga casistica di storie famigliari che sono altrettanti drammi.

Finito quest'esame, il Többen finisce per concludere che la causa principale, la quale in Germania ha condotto fuori della retta via un numero stragrande di fanciulli è stata di ordine morale: cioè l'assenza dell'autorità paterna, essendo rimasto il capo di famiglia lungo tempo al campo o morto in battaglia. Subito dopo vengono le necessità finanziarie che hanno condotto al furto, alla rapina ed al vagabondaggio. Nel dopo guerra la rilassatezza generale nei costumi, le rappresentazioni teatrali e la produzione letteraria licenziosa, come pure le lotte politiche hanno fatto sentire il loro peso in modo funesto. Una causa di origine ambientale, che dà un notevole impulso all'abbandono dell'infanzia, in modo del tutto singolare, è l'agglomeramento sia di molte famiglie in una città, sia di troppe persone che vivono costantemente in un numero insufficiente di camere.

Vengono poi passati in rassegna dall'A. l'alcoolismo e l'abuso degli stupefacenti. A questo proposito si deve notare come quest'ultimo sia in Germania e in generale nei paesi del Nord-Europa diffuso assai più che da noi e responsabile, non meno delle altre cause, di traviamenti psichici.

Sono, quindi, esaminati altri fattori esogeni, relativamente meno importanti: come l'ambiente operaio, la vita delle grandi città, la perdita di ambedue i genitori, il pauperismo, la prostituzione, e così via.

Alla enumerazione delle cause malefiche il Többen ragiona, nella seconda parte della sua opera, l'esposizione dei mezzi di lotta che la Società ha a propria disposizione. Si ha qui una profonda disamina del problema, sia dal punto di vista strettamente sociale sia da quello medico o giuridico. Viene, fra l'altro, messa minutamente in rilievo la profilassi tanto famigliare quanto individuale, contro l'alcoolismo, contro la lues e contro l'abuso degli stupefacenti.

Chiude il libro una rassegna degli aspetti che ha assunto il problema in altri paesi d'Europa ed anche in America. Per ciò che riguarda l'Italia l'A. elogia quanto finora si è fatto, esprimendo soprattutto ammirazione per alcune organizzazioni come quella di Don Bosco e per i provvedimenti presi — specie nell'Italia settentrionale — da grandi Enti Industriali contro l'abbandono dei loro giovani operai nelle ore libere dal lavoro. Probabilmente, quando il Többen ha licenziato il suo libro, non conosceva ancora le funzioni e gli scopi dell'Opera nazionale del dopolavoro che egli non nomina. Apprezza intanto nel suo giusto punto, esaminandone accuratamente la struttura, la legge Federzoni per la Protezione e per l'Assistenza della maternità e dell'infanzia.

Tali, come poc'anzi avvertivo, i punti più eminenti del libro, al quale faccio auguri di una più larga diffusione non solo fra i medici ma anche fra quanti sociologi, pedagogi e anche uomini di governo hanno veramente a cuore l'eugenetica, di cui oggi si ragiona molto, sebbene con risultati assai poco tangibili.

G. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

CHIODI VALFREDO. *Della conservazione degli alimenti.* Un vol. in 8° di pag. 500, con fig. Atab. Lit.-tip. M. Martini, Prato-Toscana. Prezzo L. 22.

L.A. dopo alcuni cenni sulle tossi-infezioni alimentari e sulla legislazione sanitaria relativa agli alimenti, esamina i diversi sistemi di conservazione di questi, incominciando dall'essiccamento, salagione, affumicamento, immersione in olio, aceto, alcool, ecc.

Espone largamente la conservazione mediante il calore e mediante il freddo, studiando poi in capitoli particolari il latte, le uova, la conserva di pomodoro, concludendo con le considerazioni sul valore alimentare delle sostanze conservate.

Per ogni argomento, vengono studiate le tecniche relative, i vantaggi e gli inconvenienti igienici ed economici, dando gli opportuni consigli per la migliore riuscita ed il maggiore rendimento.

Il libro, in cui si dimostra la larga cultura ed il senso pratico dell'A. è l'unico finora apparso in Italia sulla questione ed è consigliabile agli igienisti, ai medici, alle famiglie ed ai produttori e commercianti di sostanze alimentari.

Sono anche riferite in essa alcune interessanti ricerche sperimentali dell'A. sul contenuto batterico della crema di latte e sui metodi di conservazione del latte in vista dell'analisi chimica.

fil.

ABDERHALDEN E. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. IV, Teil. 6, I. Hälfte, Heft. 3. Urban e Schwarzenberg, Berlin 1926. Mk. 18.

Nella puntata 208 dell'opera dell'Abderhalden sono trattati vari argomenti riguardanti tutti le ricerche sulle funzioni dell'apparato digerente Dei numerosi metodi di studio, in questo volume sono esposte le ricerche sul contenuto dell'intestino tenue, per opera di Van der Reis di Greifswald, i metodi di registrazione grafica dei movimenti dello stomaco, per cura di Mangold e di Sehilf di Berlino, i metodi per lo studio dei movimenti intestinali in situ, per opera di Katsch di Francoforte. Inoltre sono in esso trattate, dal Gottstein di Breslavia l'esofagoscopia, la gastroscopia e la retto-sigmoidoscopia; dal Reiss di Francoforte, la determinazione della pepsina sul contenuto gastrico secondo il metodo refrattometrico; dal Friedrich di Budapest, la tecnica delle varie ricerche sul contenuto duodenale.

Ogni capitolo contiene non solo quanto è stato fatto sugli animali nelle varie ricerche fisiologiche, ma quanto, nella sua diretta applicazione alla clinica vi è di uso comune od eccezionale nello studio degli ammalati, nulla trascurando di quanto concerne la comune e la più fine tecnica.

TR.

G. SANARELLI. *Les entéropathies microbiennes.* Un vol. in 8° di 228 pag. con 28 fig. Masson e C.ie ed. Parigi, 1926. Prezzo 4 fr. Svizzeri.

Si è già data ampia notizia dell'interessante studio del prof. Sanarelli sulle enteropatie microbiche, nel quale le ricerche originali dell'A. portano a nuove vedute sulla patogenesi delle malattie infettive intestinali ed a nuove deduzioni profilattiche e terapeutiche.

Segnaliamo ora con piacere la comparsa di questa edizione francese pubblicata dal Masson, una delle migliori e più note case editrici di libri medici.

fil.

D'HÉRELLE F. *Le Bacteriophage et son comportement.* II Ediz. Masson, Paris, 1926. Fr. sv. 8.60.

Nello spazio di poco più di 5 anni, lo studio della bacteriofagia ha interessato e appassionato numerosissimi ricercatori, e davvero notevole è la quantità di lavori che sono comparsi sull'argomento. E quantunque i più valenti studiosi della microbiologia abbiano portato il loro contributo alla questione, rimane ancora tutt'altro che risoluto il problema se il bacteriofago rappresenti un vero principio vitale, oppure altro non sia che una proprietà particolare acquistata dal germe stesso. La nuova edizione dell'opera del d'Hérelle, al quale dobbiamo la scoperta di questo interessante fenomeno, non reca soltanto il contributo di tutte le ricerche compiute sulle diverse particolarità del bacteriofago, ma nella sua seconda parte, cerca di recare la dimostrazione convincente, basata su fatti inoppugnabili che il bacteriofago sia un essere vivente. Con ciò l'A. cerca di appoggiare sempre più il concetto che egli ha sempre difeso di fronte alle opinioni e dimostrazioni di altri.

Nella terza parte l'A. tratta del comportamento del bacteriofago e dei rispettivi germi, e delle conseguenze della lotta fra il germe ed il suo bacteriofago: dando notevole sviluppo alla applicazione pratica che nella terapia di alcune malattie ha avuto lo studio del bacteriofago.

TRENTI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

LEZIONI E CONFERENZE.

L'artrite sifilitica.

(TODD. *British Journal of Surgery*, ottobre 1926).

L'artrite sifilitica è molto più frequente di quel che generalmente si crede. Sembra rara perchè in una gran parte di casi non viene diagnosticata. L'artrite può presentarsi tanto nella sifilide congenita come in quella acquisita, ed in questa tanto nel periodo secondario come in quello terziario.

L'artrite sifilitica congenita può assumere due forme cliniche: l'osteocondrite sifilitica di Parrot e la sindrome di Clutton.

L'osteocondrite di Parrot si ha nella prima infanzia, nelle prime settimane o tutt'al più nei primi tre mesi della vita extrauterina. Colpisce più frequentemente gli arti superiori ed è caratterizzata dalla comparsa di una sostanza gelatinosa nelle epifisi, che si trasforma successivamente in un liquido verdastro che suole irrompere nell'articolazione ed ha la reazione di Wassermann abitualmente positiva. Nelle epifisi si hanno fratture spontanee. All'esame radiologico si constata: irregolarità della cartilagine epifisaria, dilatazione dell'interlinea articolare, ingrossamento del periostio e decalcificazione delle epifisi. Il trattamento specifico suole dare buoni risultati: però quando le alterazioni della cartilagine epifisaria sono molto profonde si può avere un accorciamento permanente dell'osso colpito.

Il tipo di Clutton si ha generalmente nei ragazzi di 8-15 anni. L'inizio è insidioso, con febbre e scarso dolore: la caratteristica di questo tipo è la presenza bilaterale, di solito alle ginocchia, di un versamento articolare senza alterazioni radiologiche delle estremità articolari. La prognosi è favorevole; il trattamento risulta quasi sempre efficace; non si ha alcuna limitazione funzionale, solo raramente residua anchilosi.

Negli adulti si possono avere artriti sifilitiche nel periodo secondario ed in quello terziario.

Nella sifilide secondaria si possono avere artralgie, sinovite intermittente e cronica, e artrite plastica.

La forma artralgica suole essere diagnosticata come reumatismo. Compare precocemente, talvolta anche prima delle erosioni del periodo secondario. Il dolore non è molto intenso, si esacerba di notte, non aumenta con i movimenti che perciò sogliono essere ben conservati. In genere non si ha versamento articolare. Guarisce quasi sempre con il trattamento specifico, specie arsenicale.

La sinovite sifilitica secondaria può essere intermittente e cronica.

La forma intermittente colpisce a preferenza le ginocchia, ma può essere anche poliarticolare. Generalmente la contrattura è limitata, il dolore è moderato ed aumenta di poco con i movimenti; invece la compressione in direzione dell'asse dell'osso provoca molto dolore. Talvolta si manifesta così acutamente da assumere il quadro di un'artrite purulenta. Il trattamento specifico ha rapidamente ragione di questa forma.

La forma cronica persistente può essere tale fin dal suo inizio o seguire ad un accesso di sinovite intermittente. Talvolta colpisce simmetricamente ambo le ginocchia in modo da simulare il tipo infantile di Clutton. È molto caratteristica la sproporzione tra l'enorme quantità del versamento e la scarsezza del dolore, che di solito non impedisce il cammino. Il liquido articolare dà una reazione di Wassermann fortemente positiva. L'affezione talvolta scompare spontaneamente senz'alcuna cura.

L'artrite sifilitica secondaria plastica è molto più rara delle forme precedenti. È caratterizzata da notevole ingrossamento della sinovia e dei tessuti periarticolari, per modo che si produce una tumefazione molto marcata tale da far credere alla presenza di versamento articolare, che in ogni caso è sempre scarso. Il risultato del trattamento è molto meno brillante che nelle forme precedenti: può residuare anchilosi fibrosa o ossea.

Nel periodo terziario si può avere: sinovite gommosa, condroartrite ulcerativa, tipo deformante, tabetico o articolazioni di Chavot.

La forma tipica del periodo terziario è l'artrite gommosa, che può presentarsi nella medesima forma nella sifilide congenita. Si distingue in forma sinoviale e forma ossea.

La forma gommosa sinoviale colpisce a preferenza i bambini. Le articolazioni più frequentemente affette sono il ginocchio, il collo del piede, il gomito, la spalla. Si ha versamento articolare notevole e poco dolore tanto che il paziente continua a camminare poggiando sull'arto leso. Esiste un notevole inspessimento del tessuto perisinoviale. Il decorso clinico è molto analogo a quello dell'artrite tubercolare con la quale è molto spesso confusa. Solo la sproporzione tra le alterazioni anatomiche ed i disturbi subiettivi fanno sospettare la diagnosi, che viene confermata dalla reazione di Wassermann.

La forma gommosa ossea suole incominciare come epifisite con erosione delle cartilagini ar-

ticolari. Tutti gli elementi dell'articolazione partecipano al processo, che talvolta si estende a diverse parti dello scheletro e non solo alle epifisi ma anche alle diafisi. In qualche caso la lesione gommosa si apre all'esterno provocando una fistola. L'analogia con l'artrite tubercolare è notevole, specie nelle localizzazioni alla colonna vertebrale. In tali casi le lesioni terziarie di altri organi pongono sulla via della diagnosi.

Negli adulti si possono avere escrescenze ossee e calcificazioni della membrana sinoviale, che danno al quadro clinico alcun che dell'artrite deformante.

Il trattamento specifico non dà risultati brillanti come nelle altre forme specie se esso non viene intrapreso sollecitamente. La cura pertanto deve essere precoce, energica e prolungata, altrimenti si avranno anchilosi incomplete con grave deficit funzionale.

Più rara è una forma pseudo-reumatica che può presentarsi tanto nei bambini come negli adulti nel periodo terziario. Nei bambini si ha una sindrome a tipo Clutton: le articolazioni più frequentemente colpite sono le ginocchia, quelle dei piedi, i polsi, i gomiti, ma di solito non simultaneamente ma una dopo l'altra. Clinicamente l'affezione somiglia straordinariamente al reumatismo articolare, dal quale si differenzia perchè la temperatura è meno alta, il dolore e la contrattura muscolare meno intensi, mentre l'arrossamento dei tegumenti è più marcato. La inefficacia del trattamento salicilico e la presenza di altre lesioni specifiche fanno sospettare la diagnosi. Negli adulti la rassomiglianza con il reumatismo articolare acuto è ancora più spiccata. Varie articolazioni sono colpite per lo più in rapida successione, il dolore è considerevole ed aumenta con i movimenti e la pressione, l'arrossamento e la tumefazione delle articolazioni è notevole, la temperatura elevata. In questi casi solo la inefficacia della cura salicilica indurrà ai primi sospetti, che saranno confermati dalle reazioni serologiche e dall'efficacia del trattamento specifico.

Più rara è una forma pseudoreumatoide che simula perfettamente il reumatismo deformante.

Si possono avere anche forme suppuranti che rendono ancora più difficile la diagnosi. La suppurazione nella sifilide congenita si deve a una necrosi con eliminazione lenta del sequestro ed infezione secondaria. Nella forma terziaria degli adulti si possono osservare forme suppuranti per infezione secondaria attraverso la fistola da lesione gommosa.

In generale nella diagnosi delle artriti sifilitiche vale molto l'indagine intesa a precisare gli antecedenti familiari ed i dati relativi alla sifilide acquisita.

Per quel che riguarda i dati clinici che possono far pensare alla natura luetica delle lesioni articolari, va considerato: 1) assenza di dolore anche con versamenti molto abbondanti ed anche nei movimenti molto ampi; 2) sinovite simmetrica; 3) stato generale buono anche quando l'affezione articolare si prolunga molto; 4) inefficacia del trattamento salicilico; 5) dolori osteocopi; 6) lesioni sifilitiche di altri organi; 7) risultato negativo della diagnosi biologica della tubercolosi.

L'esame radiologico non fornisce alcun elemento diagnostico nei casi di sinovite o di semplice versamento. Nelle forme terziarie si osservano di solito alterazioni caratteristiche dell'ulcerazione della cartilagine articolare ed erosione dell'osso sottostante, quantunque di regola le alterazioni non sono molto differenti da quelle di un'artrite deformante ordinaria: alterazioni distruttive nella superficie di pressione degli estremi articolari e proliferazioni (osteofiti, esostosi, ecc.) alla periferia della superficie articolare. Talvolta in uno degli estremi articolari si vedono piccole cavità rotonde immediatamente al disotto della superficie articolare, che sono abbastanza caratteristiche e permettono talvolta un orientamento diagnostico.

Negli adulti un segno importante è costituito da lesioni di periostiti sifilitiche rilevabili alla radiografia, che si estendono a tutto il contorno dell'osso, a differenza delle periostiti traumatiche nelle quali l'inspessimento suole rimanere localizzato: in ogni caso in queste ultime l'osso neoformato è più compatto che nelle forme sifilitiche.

Dalle considerazioni sopra esposte si possono ricavare i seguenti aforismi clinici: 1) il versamento articolare, bilaterale ed indolore delle ginocchia nei bambini è dovuto a sifilide; 2) non si deve mai porre come sicura la diagnosi di reumatismo articolare se prima non si è esclusa la possibilità di un'artrite sifilitica; 3) non si deve mai porre la diagnosi di artrite tubercolare se prima non si è esclusa la possibilità di un'artrite sifilitica; 4) ogni artrite monoarticolare a tipo deformante, con o senza febbre, può essere di origine sifilitica; 5) un apparente reumatismo articolare acuto che non si avvantaggia in alcun modo del trattamento salicilico è quasi sicuramente un'artrite sifilitica; 6) la reazione di Wassermann deve essere eseguita sistematicamente in ogni caso di artrite di una certa gravità.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 27 marzo 1927.

Presidenza: prof. G. PIANESE presidente.

Sul sinergismo sperimentale tra morfina, solfato di magnesio e giusquiamina.

Prof. SUSANNA VITTORIO. — Dopo aver ricordato i risultati di precedenti ricerche, espone quelli ottenuti sulla narcosi generale, sulla respirazione, sul cuore isolato di mammifero, usando miscele di morfina e solfato di magnesio, morfina e giusquiamina, morfina e atropina, pantopon e le sostanze sopradette. Conclude che fra morfina o pantopon e giusquiamina esiste sinergismo d'azione sulla narcosi e sulla respirazione.

I risultati sono completamente negativi aggiungendo alla morfina o al pantopon atropina o solfato di magnesio. Questi risultati sperimentali trovano la loro piena conferma nelle applicazioni cliniche.

Diabete e gravidanza.

Prof. TESAURO GIUSEPPE. — L'O. riferisce su due casi di diabete pancreatico grave che migliorarono con l'insulina al punto da portare a termine la gravidanza. Discute l'azione dell'insulina sulla acidosi gravidica semplice e su quella diabetica e conclude che il diabete non può più costituire indicazione per l'interruzione della gravidanza se non dopo sperimentato il trattamento insulinico. La gravida diabetica dovrà essere trattata come un qualsiasi diabetico da preparare per un intervento operatorio; regolare cioè la terapia e la dieta in modo che la glicemia sia nei limiti normali, ma d'altra parte che l'organismo si nutrisca bene, ripari alle perdite subite e si rafforzi. Mentre nel trattamento comune del diabete si usa una dieta che caloricamente corrisponde al fabbisogno minimo di energia, durante la gravidanza occorre realizzare un bilancio attivo per l'organismo, per ottenere che i processi metabolici si esplichino normalmente e completamente.

A. CHISTONI.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 17 dicembre 1926.

Presidenza: prof. G. MASINI, vice-presidente.

Commemorazione del prof. gr. cr. LUIGI LUCATELLO tenuta dal sen. prof. E. MARAGLIANO.

Commemorazione del dott. LUIGI CONSIGLIO tenuta dal prof. A. GISMONDI.

L'apparato escretore del rene all'indagine radioscopica. (Osservazione radioscopica delle modalità di riempimento, degli aspetti assunti e delle particolarità di svuotamento delle cavità renali rese evidenti con mezzi di contrasto).

Dott. RAFFO e GIONGO. — Premessa la descrizione della tecnica da loro seguita, gli OO. si diffondono sugli aspetti normali desunti da numerosi esami praticati nella Clinica Chirurgica di Genova.

Per una regolare introduzione del liquido opaco occorre che la sonda oltrepassi il colletto dell'uretere. Il mezzo riempie allora successivamente buona parte della pelvi, i calici superiori, e da ultimo i medî e gli inferiori, fino a raggiungere determinato grado di replezione oltre il quale intervengono fenomeni spastici reattivi.

Delle modalità di svuotamento è interessantissima la formazione di un *antro pielico* che ritmicamente si contrae proiettando *getti* del liquido di contrasto oltre il colletto ureterale. La durata dello svuotamento (i calici superiori si svuotano generalmente per ultimi) ha una grande importanza perchè — indipendentemente dalla capacità delle cavità renali — varia sensibilmente nei passaggi dal normale al patologico.

Un caso di articolazione coraco-clavicolare bilaterale.

Dott. GIONGO. — L'articolazione coraco-clavicolare costituisce un'anomalia raramente constatata sul cadavere, ed eccezionalmente accertata sul vivente allorquando lesioni traumatiche o localizzazioni morbose di parti vicine hanno richiamato l'attenzione del radiologo sulla profondità del trigono deltoideo-pettorale.

La sua esistenza è dovuta ad un'ossificazione parziale che trasforma la porzione superiore dei legamenti trapezoide e conoide in una larga apofisi articolare (*apofisi coracoidea della clavicola*), mentre che la superficie scabra della loro inserzione coracoidea è mutata in una faccetta articolare pianeggiante. La normale sindesmosi anartrica viene così sostituita da una vera anartrosi.

Nel caso che diede oggetto alla comunicazione, l'anomalia era solitaria, bilaterale, individuale. Essa non ebbe influenza alcuna sulla lesione traumatica che portò al suo occasionale riconoscimento.

L'O. ritiene che l'articolazione coraco-clavicolare possa venire osservata meno raramente in avvenire, grazie alla maggiore conoscenza ed alla più accurata ricerca.

Seduta del 14 gennaio 1927.

Presidenza: Prof. I. CLIVIO, Presidente.

La fenolsulfonftaleina nello studio delle funzioni renali.

Dott. A. CATTERINA. — L'O. su 20 casi di ammalati chirurgici studiò la prova della f. s. f. e comparativamente la costante d'Ambard; conclude:

1) La prova della f. s. f. è un eccellente metodo per valorizzare lo stato funzionale del rene per la proprietà che ha questa sostanza di eliminarsi solamente attraverso di quest'organo.

2) È di maggior vantaggio sugli altri metodi di eliminazione provocata perchè può apprezzarsi quantitativamente nella unità di tempo, ciò che le dà un valore matematico.

3) I dati proporzionali con la costante d'Ambard sono in generale in perfetto accordo; quando esista una disparità, si deve investigare la causa di errore per parte della costante, in caso contrario prevarrà il dato della costante poichè questa determina anche quel gran fattore che corrisponde all'organismo del soggetto mentre la f. s. f. ci dimostra esclusivamente lo stato del parenchima renale.

4) La f. s. f. non deve adoperarsi come metodo esclusivo per la esplorazione renale. Si può e si deve utilizzare come elemento prezioso di giudizio al fianco degli altri procedimenti che si usano normalmente.

Contributo alla patogenesi del megacolon ed alla sua terapia nella prima infanzia.

Prof. D. Maragliano. — L'O. premesse le nozioni embriologiche che oggi si ammettono per lo sviluppo dell'intestino (Tandler, Kreuter, Livini, ecc.), riporta e spiega la lesione come un'anomalia di sviluppo.

Propone, nei casi in cui non si riscontrano vere e proprie stenosi, ma un inginocchiamento dell'intestino dove il sigma si continua nel retto, di procedere alla divulsione digitale dello sprone che viene a sporgere nel lume intestinale e funziona da valvola, tra il segmento ectasico superiore e l'inferiore di calibro notevolmente minore.

Con questo accorgimento l'O. ebbe la guarigione duratura in tre bambini, l'uno di due anni e mezzo, l'altro di tre mesi e mezzo ed il terzo di cinque giorni, che presentavano la sindrome del megacolon congenito.

Casi non comuni di fibroma uterino.

Prof. I. Clivio. — Si trattava di tre casi di fibroma uterino: il primo molto voluminoso originato nella porzione sopravaginale del collo si era sviluppato nello spessore del labbro posteriore e lateralmente a sinistra respingendo in alto il corpo uterino: in questo caso la diagnosi inesatta di sede poteva trarre in errore anche per l'indirizzo dell'intervento operativo. L'enucleazione del tumore per via vaginale permise la cura conservativa, ed un esito felice dell'intervento.

Il secondo caso aveva pure sede nella regione sopravaginale ed istmica del collo mentre il corpo uterino svasato nella sua parte inferiore sovrastava alla grossa massa neoplastica. L'intervento operativo per la fissità del tumore indusse l'O. a incidere circolarmente la parete uterina, enucleando così il tumore e rendendo facile la sua asportazione.

Nel terzo caso si trattava di un grosso fibroma impiantato su tutto il fondo di un utero gravido al 5° mese. Le condizioni cardio-renali della paziente da un lato e la modalità d'impianto del tumore rendeva perplessi sulla natura dell'intervento. L'isterectomia subtotale con trattamento esteriore del peduncolo per ridurre al minimo la gravità dell'intervento operativo e la sua durata, diedero felice esito all'intervento stesso, e la donna, soppresso lo stato gravidico, migliorò rapidamente nelle condizioni renali e cardiache.

Seduta del 21 gennaio 1927.
Presidenza: Prof. I. Clivio, Presidente.

Le idee direttive della Radiumterapia.

Prof. Vittorio Maragliano. — L'O. comunica anzitutto all'Accademia Medica il munifico dono fatto dal Rotary Club di Genova agli Ospedali Civili di questa stessa città consistenti in 201 mm. di Radium elemento, mettendo in evidenza tutta la importanza scientifica ed umanitaria del nobilissimo atto del Rotary Club.

Prende poi in esame la questione delle relazioni che intercorrono nella pratica Radiumterapica fra radiologi chirurghi e specialisti.

Sostiene il suo punto di vista: che è opportuno che la Radiumterapia venga eseguita in centri speciali per la cura del cancro la cui direzione deve essere tenuta nel modo migliore da un radiologo colla collaborazione di chirurghi e di specialisti.

Tecniche radiumchirurgiche.

Dott. G. Carlo Segale. — Riassunti brevemente i criteri che sono oggi seguiti nel trattamento dei tumori con il radium, vengono riferite alcune tecniche radiumchirurgiche, e alcuni metodi di trattamento, che per iniziativa del prof. Vittorio Maragliano, e per invito dell'On. Amministrazione degli Ospedali Civili, col dott. A. Vallebona, si sono potute apprendere direttamente in alcuni Istituti del Radium, in Belgio e in Francia.

Lo stato attuale della Radiumterapia del cancro. Tecnica generale. Applicazioni esterne.

Dott. Alessandro Vallebona. — Dopo avere brevemente accennato alle proprietà delle sostanze radioattive l'O. viene a parlare delle leggi fisiche che governano la tecnica radiumterapica (legge del quadrato della distanza, assorbimento e filtrazione, irradiazione diffusa ed irradiazione secondaria).

Considerando poi le leggi biologiche che regolano la tecnica dice che il concetto attualmente ammesso di colpire la cellula neoplastica nel momento della sua massima radiosensibilità ci porta al trattamento continuo e di lunga durata. Viene poi a parlare del dosaggio; distingue un dosaggio diretto e un dosaggio indiretto.

Passa poi a considerare la tecnica delle applicazioni esterne. Descrive le varie tecniche per la costruzione degli apparecchi Moules da applicarsi a permanenza; l'applicazione di questi apparecchi rappresenta un passo avanti nella radiumterapia del cancro.

Ed infine viene a parlare della gammaterapia profonda e ne descrive le varie tecniche proposte.

S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Il calcio nella nefrite.

Sembra che il rene abbia una grande importanza per l'equilibrio dei composti inorganici nel sangue, giacchè quando esso è malato si produce uno squilibrio quantitativo di questi composti.

Il calcio è uno dei composti inorganici più studiati e le modificazioni della sua quantità nel sangue, che si osservano nel corso della nefrite, possono servire come mezzo diagnostico e prognostico importantissimo.

Nel sangue il calcio si trova come sale non dissociato (principalmente come bicarbonato), nella forma di ione Ca libero ed infine come colloide non diffusibile (unito alle proteine).

La fissità del calcio nel sangue è tanto grande, che, sperimentalmente, solo dopo avere somministrato per molto tempo cloruro di calcio, si può osservare un leggero aumento della concentrazione, che però torna subito al normale non appena si sospenda la somministrazione.

Circa il 40 % del calcio si elimina per le urine, ed il rimanente con le feci, ma si può dire che quanti più elementi acidi ha l'organismo, tanto maggiore è la quantità di calcio che si elimina per l'orina.

I fosfati sembrano avere notevole importanza sul contenuto del siero in Ca., sopratutto quelli acidi, e ciò spiegherebbe come, pazienti con nefrite interstiziale cronica, con meno di 7 milligrammi di calcio nel sangue, non abbiano sintomi di tetania, mostrando in cambio un'acidosi grave.

La quantità di calcio nel sangue nei soggetti normali varia secondo gli autori e secondo il metodo adoperato per la sua determinazione. In genere però oscilla dai 9 ai 12 milligrammi.

Mogena e Carbajo (*Arch. de Med. Chir. y Espec.* feb. 1927) hanno determinato la calcemia in 8 nefritici cronici, adoperando il metodo di Kramer e Tisdall, che consiste nel precipitare il calcio allo stato di ossalato, raccogliere il precipitato e titolarlo con permanganato di potassio.

In tutti i casi gli AA. riscontrarono valori al disotto della norma, oscillanti cioè fra 3 e 9 milligrammi per cento. La quantità di urea nel sangue, nella maggior parte dei casi, era aumentata, raggiungendo cifre tanto più alte quanto più bassa era la calcemia.

Due infermi presentavano anche un anasarca generalizzato, senza però che questo avesse alcuna influenza sulla calcemia.

La causa dell'ipocalcemia nella nefrite non è conosciuta e le opinioni degli autori sono diverse. Essa è stata messa in rapporto da alcuni con la ritenzione dell'acqua, da altri con la ritenzione dei fosfati, da altri infine con la minore concentrazione delle albumine del plasma, che ha luogo sempre nelle malattie renali, poichè una parte del calcio si unirebbe a queste albumine.

Vi è poi chi attribuisce la causa dell'ipocalcemia all'aumento dell'N residuo, e chi invece sostiene che la diminuzione del calcio nella nefrite indicherebbe il calcio non ionizzato.

Circa poi il valore pronostico della calcemia sul grado delle alterazioni anatomopatologiche renali e sulla gravità dei sintomi clinici, valore che avrebbe molta importanza per alcuni, nulla per altri, le esperienze degli AA. per quanto su pochi infermi dimostrano nettamente che l'ipocalcemia ha un vero valore pronostico, poichè i casi con valori bassi di calcio ebbero sempre esito letale e in un paziente si notò una netta diminuzione del calcio (da 6,2 a 5,3 milligr.) due giorni prima della morte.

A. POZZI.

Le fosfaturie.

La fosfaturia consiste nell'emissione di urine biancastre e torbide che diventano subito limpide con l'aggiunta di qualche goccia di acido acetico.

In generale riconosce un'origine digestiva. Si tratta di dispepsia iperstenica. Il caolino (10 grammi a digiuno), i preparati a base di bismuto, la belladonna correggono lo stato gastrico. Si consiglia: Caolino g. 10; Sottonitrato di bismuto g. 2; Belladonna (foglie) polv. un cg.; Magnesia calcinata cg. 50. Per una carta. Da prendersi a digiuno in un bicchiere di acqua calda e 1/2 ora dopo la prima colazione.

Regime dietetico in cui il pane, le carni arrostite e gli alimenti crudi siano dati con grande moderazione. Usare come bevande degli infusi caldi.

Altre volte sono in causa il diabete, la tubercolosi o, più semplicemente, l'esaurimento nervoso od il neuro-artritismo ereditario. In tutti questi casi, verificare lo stato gastrico; una sacca d'aria gastrica accompagna spesso questi stati morbosi.

Le medicazioni dirette contro la fosfaturia non agiscono se lo stomaco non funziona bene. L'olio fosforato, l'acido fosforico, gli ipofosfiti sono spesso mal tollerati. Ci si contenterà di iniezioni sottocutanee di glicerofosfato di sodio (cg. 5), di cacodilato di sodio (cg. 5).

Se invece la fosfaturia è di origine settica ed i fosfati sono precipitati nella vescica in seguito a fermentazione dell'urina, si darà l'urotropina (due cart. da cg. 50) o la trementina (pillole da 10 cg.) prescrivendo anche delle tisane diuretiche quando si prendono tali medicamenti e nell'intervallo dei pasti.

(*Journ. des Praticiens*, 8 genn. 1927).

fil.

Sulla frequenza delle nefriti nella scarlattina.

Sebbene, secondo le nozioni classiche, la nefrite sia ritenuta come una complicazione frequente nella scarlattina, i fatti sembrano dimostrare il contrario. Brelet (*Journ. de méd. de Paris*, 20 dic. 1926) su circa 300 casi non ne ha visto nessuno con nefrite, edema ed anasarca. S. Lefevre (*ibidem*) in 191 casi ne trova soltanto 29 con tracce di albumina per qualche giorno, un caso di albuminuria persistente ed un caso di nefrite precoce, che però è perfettamente guarita.

La maggior parte dei malati di scarlattina non presenta dunque nessuna complicazione renale. Non si deve esagerare il pericolo di questa febbre eruttiva per i reni e si deve ritenere che, anche nei casi in cui vi è stata nefrite, questa il più spesso guarisce senza lasciar tracce. L'azione della scarlattina sui reni è stata paragonata a quella del reumatismo sul cuore. Il paragone è esatto, ma la proporzione con cui si manifesta la nefrite nella scarlattina è infinitamente minore di quella con cui si hanno delle cardiopatie nel reumatismo.

La prognosi della scarlattina è oscurata dalla forma maligna di tale febbre eruttiva. Si vedono degli individui giovani e robusti portati via in pochi giorni, soccombenti ad una tossi-infezione di una particolare virulenza. Ma, a parte questi casi, la scarlattina è di solito poco grave ed un malato ben curato e ben sorvegliato ha tutte le probabilità di guarire bene senza nessun reliquato.

fil.

L'incontinenza notturna di urina.

Il fatto che talora questo disturbo scompare in séguito alle più svariate operazioni indica che l'elemento emotivo ha gran parte nella sua produzione. L'ablazione delle vegetazioni adenoidi e l'operazione per la fimosi hanno compiuto miracoli; ciò non toglie che altre volte la sensibilità del bambino sia risvegliata da altre cause, donde la necessità per il medico di togliere queste spine patogene: genitali esterni, vescica, bocca, rinofaringe, apparecchio digerente, ecc. Il sistema nervoso centrale sarà sorvegliato e la debolezza verrà combattuta; talora è assai utile un cambiamento di ambiente.

Il trattamento psichico non consisterà nel rimproverare il bambino e non sarà affatto conveniente risvegliarlo ad ora fissa durante la notte; si agirà col metodo della persuasione soprattutto esortandolo a non pensare alla sua infermità.

Possono tentarsi, secondo S. R. (*Journal des praticiens*, 4 dic. 1926) le iniezioni epidurali di siero artificiale o di 5-10 cmc. di olio iodato. Prima di ricorrervi però si useranno altri mezzi: l'impacco col panno bagnato per alcuni minuti (fino a mezz'ora secondo Comby) al mattino; si proibirà l'uso del vino, dell'alcool e del caffè nero; al mattino una tazza di latte di 200-250 cmc., la sera pasto secco.

Talvolta riesce bene l'atropina: V gocce della soluzione a 1 ‰, alla sera; aumentare fino a X-XX gocce secondo l'età e la tolleranza, dando, in generale, I-III gocce per anno di età. Si continua così per 10 giorni. Dopo di che per altri 10 giorni si fa prendere dell'acido fosforico (I-II gocce per anno di età), oppure un cucchiaino, prima dei pasti del mattino e sera della seguente pozione. Ipofosfito di calcio ed ipofosfito di sodio, ana cg. 5-10 in sciroppo di fiori d'arancio g. 60. Ritornare poi all'atropina.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento delle ulcere delle gambe.

Molte affezioni possono determinare le ulceri delle gambe; la causa più frequente ne sono le varici; in tal caso, ancor più che in altri, si dovrà anzitutto vedere di togliere la causa. La stazione eretta impedisce la guarigione; si dovrà, quindi, favorire la circolazione di ritorno, obbligando i malati al riposo completo in letto, con la gamba estesa e leggermente elevata.

Sono pochi però gli individui che si assoggettano ad una cura di riposo; ad ogni modo si vedrà di ottenerlo per qualche giorno. Localmente, si incomincia per disinfettare la lesione mediante medicazioni umide rinnovate per cinque giorni di seguito mattina e sera con: Solfato di zinco cg. 50; Cloruro di sodio g. 3; Acqua distillata cmc. 300. Se l'ulcera è coperta di croste, si fanno cadere mediante cataplasmi di fecola di patate. Attorno all'ulcera, per evitare la macerazione, si applica uno strato spesso di pasta all'ossido di zinco.

Passati i cinque giorni, Gougerot (*Journal des praticiens*, 25 dic. 1926) consiglia di applicare

l'unguento di stirace, (1) tutte le mattine, dopo aver fatto delle compresse con vino aromatico per un'ora. Invece del vino aromatico, si possono usare i brodo-vaccini.

Se l'individuo si rifiuta di stare a letto, si ripuliscano bene i contorni dell'ulcera mediante cotone imbevuto con etere e applicandovi poi una serie di strisce embricate di empiastro diachilon, da cambiarsi ogni due giorni, quando la medicatura si sarà sporcata. Si può anche ricoprire l'ulcerazione con compresse sterili e fasciare tutto l'arto fino al ginocchio con una fascia di garza di 6 cm. imbevuta nella colla di zinco. La fasciatura si rinnova quando, per la diminuzione dell'edema è diventata troppo larga.

Può dare buoni risultati l'elioterapia: bagni di sole quotidiani della durata da 10 minuti a due ore. *fil.*

Fistole e raggi ultravioletti.

Che i raggi ultravioletti possano guarire i più vari seni fistolosi è nozione da tempo acquisita: tuttavia Laquerriere (*Le Journal Médical Franç.*, n. 9, settembre 1925) tende a chiarire il punto che non deve divenire un dogma l'equazione seno fistoloso, raggi ultravioletti. Bisogna tenere infatti conto: dello stato generale del soggetto; della natura della causa del seno fistoloso; della profondità del seno fistoloso. Lo stato generale del soggetto è oltremodo importante e se è vero che certe diatesi sono modificate rapidamente dai raggi ultravioletti, è ben vero che esistono casi che non basta un trattamento locale per una lesione la quale ha causa in uno stato generale su cui la attinoterapia non può assolutamente influire. Le fistole tubercolari in genere ottengono vantaggi netti dalla attinoterapia; anche i seni fistolosi anali se ne giovano e per questo occorre tener presente le condizioni generali e associare alla cura attinica un trattamento generale. Naturalmente se esiste una lesione ossea, un dente cariato, ecc., la cura di luce è inutile se non si rimuove la causa. D'altra parte la profondità della fistola ha la sua importanza: tuttavia siccome l'attinoterapia agisce sullo stato generale non è da meravigliarsi che anche seni fistolosi profondi possano guarire.

E. MILANI.

L'adrenalina nell'orticaria.

Nelle forme di lieve intensità, dare per bocca e per dosi frazionate nelle 24 ore una soluzione di 1-5 cmc. di adrenalina al 1 ‰ in 250 cmc. di soluzione fisiologica. Oppure somministrarla per via rettale col « goccia a goccia ».

Nell'orticaria grave, accompagnata da raffreddamento delle estremità, polso filiforme, tendenze sincopali, Du Castel (*Journ. de méd. de Paris*, 27 dic. 1926) consiglia di fare iniezioni sottocutanee con: Adrenalina al 1 ‰ un milligrammo (sic!); Novocaina 1 centigrammo; Soluzione fisiologica 250 cmc.; da iniettarsi frazionatamente nelle 24 ore. *fil.*

Nella gangrena diabetica.

Oltre al trattamento generale, applicazioni locali di olio al gomenolo al 10 % o di blu di metilene. Oppure medicazioni con il siero antigangrenoso, composto con Siero antiperfringens, parti 4, antivibrione ed antiedema ana p. 3 e siero antiistolitico p. 1. Si faranno anche iniezioni endomuscolari dello stesso siero (15-20 cmc. ripetuti più volte).

(*Journal des praticiens*, 12 marzo 1927). *fil.*

Il problema chirurgico del diabete.

Piccaluga (*Rev. Medica Lat. Amer.*, ott. 1926) si riferisce sopratutto alle complicazioni chirurgiche nel diabete, alle ragioni che rendono l'intervento più pericoloso che in altre forme, per passare in seguito a parlare del trattamento. Riassume brevemente le cause che spiegano l'influenza sfavorevole del diabete sull'andamento delle affezioni chirurgiche, specie le settiche, e sugli interventi operatori in genere, analizzando le ragioni per le quali il disturbo metabolico si aggrava con l'apparire di complicazioni chirurgiche indipendentemente dal trauma psichico o materiale, fattori che si aggiungono e compaiono nell'atto operatorio.

Accenna anche alle principali complicazioni più frequenti a constatarsi nel diabete ed espone con una breve statistica le difficoltà che incontrano i chirurgi.

Fra i fattori che debbono essere tenuti specialmente in conto per permettere una diagnosi più favorevole nel campo del diabete chirurgico, prima di tutti va posta l'insulina, di cui l'A. fa conoscere i vantaggi e il limite d'azione.

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, l'A. stabilisce una differenza tra le forme occasionali e quelle considerate come dipendenti dal diabete e dai principali fattori che il chirurgo deve tener presente: anestesia, tecnica operatoria, trattamento medico. Insiste specialmente su questo ultimo punto e analizza i tre periodi, prima, durante e dopo l'intervento, per terminare a considerare le complicazioni postoperatorie in relazione al coma. A. POZZI.

Nell'orchite da orecchioni.

Dufour consiglia le unzioni locali con: Guaiacolo sintetico, Salicilato di metile, ana g. 3; Acido salicilico gr. 1; Lanolina g. 10; Vaselina g. 20. *fil.*

---

(1) L'unguento di stirace è così composto: Cera gialla g. 100; Colofonia g. 180; Elemi, Stirace depurato ana g. 100; Olio di oliva g. 150. Fondere a parte cera, colofonia ed elemi ed aggiungere lo stirace, sciolto dapprima nell'olio.

SEMEIOTICA.

Il segno di Argyll-Robertson.

Morelli ed Isola (*Revista medica del Uruguay*, novembre 1926) riportano il caso di un ammalato di 38 anni il quale oltre ad un temperamento nervoso presentava alcuni disordini digestivi che erano stati considerati d'ordine puramente neuropatico; ma erano constatabili un accenno al Romberg ed una esagerazione dei riflessi tendinei a sinistra. Non Babinski. Le sensibilità superficiali erano nettamente diminuite a destra tanto negli arti che sulla faccia; le sensibilità profonde non erano alterate. Sul liquor Wassermann negativa ma Lange leggermente positiva. Interessante fu la constatazione di un Argyll-Robertson unilaterale.

Tale fatto è un sintomo rarissimo poichè secondo l'A. sarebbe stato osservato sette volte su 26000 ammalati. In realtà prima di fare diagnosi di segno di Argyll sono necessari raccogliere i seguenti fatti: abolizione della contrazione alla luce, esagerazione della reazione all'accomodazione, mancanza della dilatazione pupillare, mancanza della normale instabilità della pupilla, esagerazione della reazione dell'orbicolare e spesso miosi con deformazione della pupilla.

PALLADINI.

Sulla sensibilità della lingua.

B. Freystadtl e G. Morelli (*Stomatologia*, ottobre 1926) hanno iniettato nel nervo linguale una soluzione di novocaina al due per cento, adrenalinizzata, ed hanno esaminato le varie sensibilità dei due terzi anteriori della lingua.

Esse non cessano tutte contemporaneamente, ma in un certo ordine; nello stesso ordine ritornano. Prima scompare il gusto, e delle varie sensazioni gustative prima scompare l'amaro, e da ultimo l'acido: l'anestesia unilaterale giunge, secondo gli AA., precisamente alla metà della lingua, cosa che è in contradizione con le ricerche anatomiche sulle diramazioni del nervo linguale. In secondo tempo scompare il senso del freddo, talchè dopo 8-10 minuti una stanghetta metallica fredda viene percepita come molto calda. Dopo 15-20 minuti scompare il dolore, e alquanto più tardi il tatto. Per l'anestesia tattile si richiede anche maggior quantità di anestetico; è però necessaria solo per interventi endolaringei onde abolire i riflessi. Il senso della localizzazione non scompare che in seguito alla completa anestesia tattile.

La nozione della dissociazione delle sensazioni, e della perversione del senso termico per intossicazione di un nervo periferico è assai importante in neuropatologia, perchè la sua ignoranza potrebbe indurre a cercare sempre la lesione causale nei centri là dove le varie specie di sensazioni hanno vie e centri distinti.

DORIA.

Il sintomo dello «arresto».

Il sintomo dello «arresto» è un fenomeno che si osserva in certi malati facendo eseguire un movimento indicatore rapido, per esempio facendo portare l'indice al naso, ad occhi indifferentemente chiusi o aperti. Consiste in un arresto del dito qualche centimetro prima che lo scopo sia raggiunto, dopo di che il movimento continua lentamente. Perchè il sintomo si produca occorre che il movimento sia rapido e che interessi almeno due articolazioni.

È un sintomo sicuramente cerebellare ed in pratica si può osservare in tutte le malattie che alterano il cervelletto. Dei sintomi cerebellari è uno dei più comuni e merita di essere ricercato sistematicamente, essendo di grande utilità diagnostica. Non si ha mai infatti nelle affezioni nervose non organiche, nelle quali si può provocare un arresto solo quando il movimento sia eseguito lentamente, e si riscontra con frequenza massima nella sclerosi a piastre. La patogenesi del sintomo è ancora oscura.

E. Melkersson (*Revue Neurologique*, febbraio 1927) riporta due casi di sua osservazione, nei quali il sintomo era evidente. In uno dei casi l'autopsia dimostrò un tumore che occupava l'angolo protuberanziale sinistro e rimontava sul peduncolo cerebellare, nel tessuto del quale esisteva una grossa cisti; nell'altro l'autopsia confermò la diagnosi, fatta in vita, di atrofia cerebellare.

TOSCANO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Pigmentazione della cute e raggi ultravioletti. — All'abb. n. 3076:

L'eritema, rispettivamente la pigmentazione da sole, sono dati essenzialmente da raggi a lunghezza d'onda di 300 $\mu\mu$, quali si trovano essenzialmente nell'estate e ad una certa altezza del sole sull'orizzonte.

Si è veduto però (Guthman) che anche i raggi a lunghezza d'onda maggiore sono capaci di provocare l'eritema e la pigmentazione, purchè si prolunghi il tempo di esposizione; questo con 312 $\mu\mu$ è 90 volte maggiore che con 300; con 322 $\mu\mu$ 200 volte maggiore.

Con la luce naturale, quando si hanno lunghezze d'onda oltre i 322 $\mu\mu$ si ha prevalenza della pigmentazione sull'eritema ed è quanto si os-

serva in primavera. Oltre i 435 $\mu\mu$ non si ha nè l'uno, nè l'altra.

La possibilità di produrre eritema e pigmentazione anche con raggi a lunghezza d'onda superiore a 300 $\mu\mu$ e fino ai 435 spiega il fatto che essi possano ottenersi anche d'inverno in pianura.

L'uso di creme o paste colorate in rosso od in giallo è efficace, ma inestetico! Buona protezione offre la chinina (al 10 % in glicerina) che dà però un aspetto lucente alla pelle, e l'orto-ossiderivato dell'esculina (glicoside dell'ippocastano) che è la base di un preparato che va sotto il nome di Zeozon.

Sulla cosmesi, consulti: JESSNER: *Schönheitsfehler und ihre Behandlung;* C. Kabitzsch, ed. Lipsia. GASTON: *Formulaire cosmétique et ésthétique.* Baillière, ed., Parigi.

FILIPPINI.

Disinfezione di ambienti abitati da tisici. — All'abb. n. 12560:

Lavatura del pavimento (aiutandosi con sfregatura mediante scope e raschietti) con soluzione di sublimato corrosivo al 5 ‰; spruzzatura della stessa soluzione sulle pareti (si può anche applicare con pennelli in mancanza di pompa); se le pareti sono semplicemente tinte in bianco, si applica una nuova mano di calce. Biancherie e fazzoletti, bollitura in soluzione di carbonato di soda al 2 %. Disinfezione dei mobili ed oggetti (che non si guastino) con la stessa soluzione di sublimato. Possibilmente, disinfezione di tutto l'ambiente con sviluppo di formaldeide; in tal caso, i vestiti si lasciano nella stanza e vengono così disinfettati; altrimenti si possono disinfettare col vapore fluente. Per il cadavere non vi è nessun bisogno di disinfezione.

Non esistono regolamenti che prescrivano tali pratiche. Sui consueti manuali di igiene, troverà svolti tali argomenti.

Per la *medicina costituzionale,* veda il noto *Trattato di Endocrinologia* di N. PENDE (F. Vallardi, ed., Milano), ed i due volumetti: *Le debolezze di costituzione,* dello stesso autore, pubblicati da Bardi, ed. in Roma. Il primo di questi due volumetti però è esaurito.

fil.

La poltiglia di patate nelle scottature. — All'abb. n. 13248:

L'azione ne è analoga a quella del noto linimento oleo-calcare ed è probabilmente di natura fisica, o meglio, chimico-fisica, forse per modificazioni della pressione osmotica, per cui viene ridotto il turgore. *fil.*

Sterilizzazione della soluzione di novocaina. — All'abb. n. 9731:

La novocaina sopporta bene il calore sicchè la sterilizzazione può farsi con vapore fluente od a bagno-maria per 45 minuti.

fil.

All'abb. n. 11010-2:

L'avanzamento dei sottotenenti medici di complemento per l'anno 1927 avviene fino all'anzianità 1 dicembre 1916 inclusa.

A. C.

All'abb. n. 3401:

La Stazione sperimentale di Scafati per lo studio dei tabacchi merita ogni considerazione ed i dati che essa pubblica sono perfettamente attendibili. Non conosco i dati riportati da Schlössing sulle percentuali di nicotina dei tabacchi esteri, ma non comprendo perchè se ne debba dubitare. Per particolareggiate informazioni si rivolga alla citata Stazione sperimentale di Scafati od alla Fabbrica tabacchi, qui in Roma, piazza Mastai, dove sono tecnici di valore che conoscono a fondo tali questioni.

fil.

Al dott. C. D'Agata, da C.:

Sulla tubercolosi vi è il *Trattato della tub. dal punto di vista clinico e sociale* pubblicato dall'Istituto editoriale scientifico Italiano. Per la terapia, veda il volume di G. BRECCIA: *La cura della tub. polmonare,* Unione Tip. Ed. Torinese.

Sulla malaria non esistono trattati recenti in italiano, tranne la *Monografia* di SCHIASSI pubblicata dall'editore Cappelli.

fil.

☛ ***Pubblicazione indispensabile :***

Riordinata ed aggiornata senza mutarvi l'originale indirizzo eminentemente pratico, molto ampliata ed arricchita di parecchie nuove figure, abbiamo pubblicata la terza edizione del

Manuale di PEDIATRIA PRATICA

del Prof. Dott. MARIO FLAMINI

Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università
Direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma.

(Vedere l'Indice del Volume, riportato a pagg. 665, 666 del Fascicolo 18 del 2 maggio).

Un volume in-8°, di pagg. XII-452 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 118 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **55**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **50**, in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA.

VARIA.

Reperti patologici nelle mummie dell'antico Egitto.

Ricerche archeologiche e papirologiche hanno già da tempo dimostrato quale somma di cognizioni mediche possedesse quel meraviglioso popolo che fu l'Egiziano fino da più di tremila anni or sono. E l'arte di imbalsamare, derivante da credenze religiose, ha servito molto a noi per conoscere le alterazioni dei corpi di allora, studiandole sulle mummie rinvenute negli scavi e nelle ricerche in terra d'Egitto.

È ovvio però che più di tutto conservino l'impronta dei morbi e degli interventi le ossa delle mummie, ma talora anche gli organi interni e i tegumenti ci riserbano reperti interessanti.

Il filosofo e medico Arnold Sack, di Heidelberg, li elenca in un articolo (*Münch. Med. Woch.* 1927, n. 9) che vale la pena di riassumere.

Si conoscono due casi di morbo di Pott, uno dei quali con un voluminoso ascesso ossifluente nella regione dello psoas.

Non dimostrative sono le ricerche riguardo ad alterazioni rachitiche delle ossa, e negative assolutamente quelle tendenti a dimostrare le lesioni della sifilide, il che starebbe a riprova dell'assenza della malattia nell'antico Egitto.

Invece si son trovati tumori maligni, tanto sarcomi che epiteliomi.

Una volta solà venne trovata una palatoschisi corrispondente a un labbro leporino, e una volta un piede varo-equino (nella mummia del Faraone Siptah della XIX Dinastia). Frequentemente vennero trovate alterazioni gottose, nei piedi (alluci e metatarsi), nella gamba, nell'articolazione del ginocchio, nelle braccia, nelle mani, nelle vertebre (concrezioni aventi le tipiche reazioni dell'acido urico).

Reperti di carie dentaria e di ascessi alveolari sono frequenti, e l'interessante è che ne furono trovati affetti i cadaveri dei ricchi e immuni quelli dei poveri. Non si rinvennero traccie di operazioni protetiche sui denti.

Frequentissimi poi i reperti di artriti e alterazioni reumatiche delle ossa e articolazioni, tanto da poter dire che queste affezioni erano le più antiche e diffuse nei popoli dell'antico Egitto.

Un sol caso di lebbra certa fu trovato e in una mummia dell'èra cristiana. Tale fatto fa pensare che la lebbra biblica, lo Zaraath, non sia da identificarsi con la vera lebbra, ma con la così detta « Elephantiasis graecorum ».

Molte volte si rinvennero cranî con traccie di mastoidite in ogni stadio. Le alterazioni calcifiche delle arterie erano pure frequenti.

La litiasi delle vie urinarie (reni, vescica) è stata più volte rinvenuta, e Ruffer avrebbe anche trovate in una vescica calcolosa delle uova di Bilharzia!

In una sacerdotessa di Ammone della XXI Dinastia si trovò un vasto decubito sacrale e un ascesso al bacino.

Un'antica appendicite con aderenze venne rinvenuta in una mummia di sesso femminile, nella quale vi erano anche aderenze pleuriche a sinistra.

La mummia di Ramses V reca traccie di un'affezione cutanea che potrebbe forse essere un antico vaiuolo guarito (butteratura).

Frequentissimi i reperti di fratture delle ossa, specie dell'arto inferiore. Spesse volte si trovano fasciature contentive con stecche; ma, al di fuori di questi presidî chirurgici, nulla sta a dimostrare vestigia di altri interventi di qualsiasi specie sul corpo umano, sebbene il papiro Smith faccia pensare ad atti operativi datanti fino d[illegible] 17° secolo a. C.

GARRONE.

Curiosità mediche.
Precursori della trasfusione sanguigna.

Il pontefice Innocenzo VIII (Cybo) morto il 25 luglio 1492 era affetto da grave cachessia pare per carcinoma gastrico. Egli non reggeva altro cibo che il latte di donna col quale veniva nutrito. Il suo medico ebreo pensò di infondergli forze inoculandogli nelle vene (così dice il Gregorovius) sangue di robusti fanciulli. Furono comprati a tal uopo 3 ragazzi al prezzo di un ducato l'uno. Essi morirono dissanguati, vittime dell'iniquo esperimento. Si dice che il pontefice non avesse dato il suo consenso a questo genere di cura, e che cacciasse via il medico dopo il triplice omicidio. Egli morì dopo pochi giorni.

S. DIEZ.

Importantissima pubblicazione:

La Tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale - - - -

per cura di U. CARPI e G. RONZONI, in collaborazione di B. AGAZZI, G. ALLEVI, C. ARRIGONI, E. BERTARELLI, M. BERTOLINI, G. CASTIGLIONI, C. CATTANEO, C. GAMNA, C. GOZZI, L. MANGIAGALLI, F. MARCORA, F. MICHELI, A. MONTI, F. PERUSSIA, E. PICENI, V. RONCHETTI, P. RONDONI, E. RONZANI, G. SALVINI, A. VARISCO, E. VERATTI, A. ZIRONI.

Due volumi in nitidissima veste tipografica: il primo di pagg. XVI-539 con 135 figure in nero, a colori e in tricomia nel testo e tre tavole litografiche; il secondo di pagg. XVII-538 con 79 figure in nero e in tricomia nel testo. Prezzo complessivo dei due volumi L. **190**, **più le spese postali di spedizione**. Ai nostri abbonati i due volumi sono ceduti **franchi di porto**, per sole L. **170**, inviando questa somma mediante Vaglia Postale al Signor LUIGI POZZI, via Sistina 14, ROMA per l'Ufficio postale Succursale diciotto.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

La Carta del Lavoro.

La Carta del Lavoro, già largamente diffusa nella stampa, ha tale importanza anche per la protezione igienico-sanitaria delle classi produttrici, che stimiamo utile di segnalarla nella nostra Rivista e di riportarne integralmente le disposizioni attinenti alla tutela igienica del lavoro, alle assicurazioni e in genere alla sanità tipica dei lavoratori, che è la base della pienezza della capacità produttiva e delle facoltà morali.

XXV. Gli organi corporativi sorvegliano perchè siano osservate le leggi sulla prevenzione degli infortuni e sulla polizia del lavoro da parte dei singoli soggetti alle associazioni collegate.

XXVI. La previdenza è un'altra manifestazione del principio di collaborazione. Il datore di lavoro ed il prestatore d'opera devono concorrere proporzionalmente agli oneri di essa. Lo Stato, mediante gli organi corporativi e le associazioni professionali, procurerà di coordinare e di unificare quanto più possibile il sistema e gli istituti di previdenza.

XXVII. Lo Stato fascista si propone: 1) il perfezionamento dell'assicurazione infortuni; 2) il miglioramento e la estensione dell'assicurazione maternità; 3) l'assicurazione delle malattie professionali e della tubercolosi come avviamento all'assicurazione generale contro tutte le malattie; 4) il perfezionamento dell'assicurazione contro i disoccupati involontari; 5) l'adozione di forme speciali assicurative dotalizie per i giovani lavoratori.

XXVIII. È compito delle associazioni di lavoratori la tutela dei loro rappresentati nelle pratiche amministrative e giudiziarie relative all'assicurazione infortuni ed all'assicurazione sociale. Nei contratti collettivi di lavoro sarà stabilita quanto sia più tecnicamente possibile la costituzione di casse mutue per malattia col contributo dei datori e dei prestatori di lavoro, da amministrarsi da rappresentanti degli uni e degli altri sotto la vigilanza degli organi corporativi.

XXIX. L'assistenza ai propri rappresentati, soci e non soci è un diritto ed un dovere delle associazioni professionali. Queste debbono esercitare direttamente, con propri organi, le loro funzioni di assistenza, e non possono delegarle ad altri enti o istituti se non per obiettivi d'indole generale, eccedenti interessi di ciascuna categoria di produttori.

XXX. L'educazione e l'istruzione, specie l'istruzione professionale dei loro rappresentati soci e non soci è uno dei principali doveri delle associazioni professionali. Esse devono affiancare l'azione delle Opere nazionali relative al dopolavoro ed alle altre iniziative di educazione.

Disposizioni per la produzione e il commercio delle specialità medicinali.

La *Gazzetta Ufficiale* del 14 aprile (n. 87) ha pubblicato il R. D. 3 marzo 1927 n. 478, che approva il regolamento per l'esecuzione del decreto 7 agosto 1925 n. 1732, convertito nella legge 9 gennaio 1927 n. 58, concernente la produzione e il commercio delle specialità medicinali.

Il regolamento consta di 50 articoli: ne segnaliamo, in riassunto, le disposizioni più importanti.

Chi intende attivare un'officina per la produzione di specialità medicinali *a scopo di vendita*, deve chiederne l'*autorizzazione* al Ministero dell'Interno.

Sono considerate officine produttrici anche quelle in cui vengono eseguite soltanto le operazioni terminali occorrenti. L'autorizzazione deve essere richiesta anche dal farmacista proprietario di un'officina in diretta comunicazione della farmacia.

L'*autorizzazione* presuppone, in ogni caso, l'accertamento delle condizioni di idoneità stabilite dalla legge e dal regolamento.

Nessuna nuova officina può essere attivata se il titolare di essa non ne ottenga la relativa autorizzazione.

Per le officine già in esercizio, la domanda per continuare a produrre specialità medicinali deve essere presentata entro cinque mesi dalla pubblicazione del regolamento. Per continuare il commercio di specialità, agli effetti dell'art. 14 del Decreto-Legge 7 agosto 1925 n. 1732, la domanda deve essere presentata entro 6 mesi.

È soggetta a speciale autorizzazione la preparazione per la vendita di sieri e derivati, vaccini, fermenti batterici, virus, tossine, arsenobenzoli semplici e derivati, altri prodotti chemioterapici o biologici ed affini.

Gli istituti che già vi provvedono devono presentare domanda per continuare l'esercizio della produzione, entro sei mesi.

A tutti gli effetti sono considerate specialità medicinali:

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

« 1) qualsiasi prodotto terapeutico, semplice o composto, preparato a dose o forma di medicamento, secondo una forma prestabilita, contenuto in recipienti o involucri determinati, pronti per la vendita e chiusi, in modo che non sia possibile apportare al prodotto qualsiasi modificazione;

« 2) le preparazioni dietetiche, i prodotti per la cosmetica e quelli così detti igienici ed altri *qualora siano ad essi, in qualunque modo, attribuiti effetti terapeutici;*

« 3) i prodotti con indicazione terapeutica che, pur non essendo preparati a dose o forma di medicamenti, siano messi in commercio con nome speciale, costituente marchio di fabbrica ».

I prodotti terapeutici preparati dal farmacista sono considerati specialità in tre casi: *a*) qualora non siano preparati per la sola vendita diretta al pubblico nella farmacia stessa; *b*) o, pur nelle condizioni indicate alla lett. *a*), siano però confezionati come è detto sopra al n. 1) per le specialità; *c*) ovvero sia ad essi assegnato un nome speciale che costituisca marchio di fabbrica o sia fatta per essi pubblicità in qualsiasi modo e sotto qualsiasi forma.

Per la vendita delle specialità è necessaria la *registrazione di esse*, alla quale provvede, su domanda, il Ministero dell'Interno, previo accertamento delle condizioni stabilite nell'art. 17 del regolamento.

La registrazione è negata: 1) quando la specialità, per la composizione quantitativa o qualitativa, possa ritenersi non corrispondente al valore terapeutico denunziato nella domanda; 2) quando l'etichetta e gli stampati per la pubblicità contengano dichiarazioni dirette ad attribuire alla specialità effetti terapeutici che non possiede; 3) quando la specialità abbia o siano ad essa attribuite proprietà anticoncezionali o intese a turbare il corso fisiologico della gestazione o a recare, in qualsiasi modo, offesa alla morale e al buon costume; 4) quando alla specialità siano attribuite virtù terapeutiche di sicuro effetto contro il cancro, il lupus, la tisi polmonare e quelle altre malattie che verranno determinate con decreto del Ministro per l'Interno.

È vietato l'uso di etichette e stampati illustrativi che non corrispondono a quelli approvati dal Ministero col decreto di registrazione.

Deve farsi domanda anche per qualsiasi *variazione* della composizione della specialità già registrata.

L'autorizzazione a produrre e la registrazione sono soggette a revoca se risulti che la specialità non corrisponde alla composizione dichiarata o alle condizioni in base alle quali fu autorizzata o se sia dimostrato, dall'uso, nociva o siasi verificato abuso nella pubblicità, se non sia stata pagata la tassa annua prescritta.

Sono soggette a registrazione, si intende, anche le specialità provenienti dall'estero, alle quali si applicano le stesse disposizioni, oltre quelle speciali previste dalla legge e dall'art. 29 del regolamento.

È da sperare che questo sistema di controllo, saggiamente rigoroso, abbia applicazione scrupolosa da parte degli organi che devono farlo osservare e, principalmente, dei sanitari: senza il concorso attivo e scrupoloso di essi, la vigilanza non sarebbe sufficiente al fine che l'ordinamento formale si propone.

Provvedimenti per la protezione degli animali.

(L. 10 febbraio 1927, n. 292 - n. 581, *Gazz. Uff.*, 16 marzo, n. 62).

Articolo Unico. — L'art. 9 della legge 12 giugno 1913, n. 611, concernente provvedimenti per la protezione degli animali, è modificato come segue:

« Gli esperimenti scientifici consistenti in operazioni su animali viventi delle specie dei mammiferi ed uccelli, sono permessi soltanto negli istituti scientifici, secondo le indicazioni e sotto la responsabilità dei rispettivi direttori. Quando si tratti di cani destinati a tali esperienze, essi non saranno custoditi nei locali annessi agli ospedali perchè non sia turbata la tranquillità degli infermi.

« È vietato di servirsi dell'animale già sotto posto ad operazione, per ulteriori esperimenti, tranne i casi in cui ciò sia necessario per ragioni di indagine scientifica.

« I trasgressori saranno puniti con ammenda da lire 100 a lire 500.

« La metà dell'ammenda spetterà agli agenti che avranno denunciato la contravvenzione ».

Pubblicazione indispensabile:

Dott. Cav. Uff. ALBERTO VIGO (Doctor Justitiae).

LA LEGISLAZIONE SANITARIA

:: in rapporto all'esercizio professionale ::

(Manuale contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che si riferisce all'esercizio professionale, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitarii e del personale addetto ai laboratori di vigilanza igienica).

Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati sole L. **13.75** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto. ROMA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'Assicurazione delle malattie al Consiglio Superiore della Economia Nazionale.

Si è riunito il Consiglio Superiore dell'Economia Nazionale che fra gli altri argomenti ha trattato quello dell'assicurazione contro le malattie. Ne è stato relatore S. E. De Michelis. Egli ha detto che l'assicurazione malattie in Italia è una questione che ha preso posto fra quelle che maggiormente appassionano da più anni il Governo e le organizzazioni, e che ha dato luogo a studi, dibattiti e controversie teoriche, non ancora risolte. « Si tratta — ha detto De Michelis — di un interesse reale tanto per le classi più elevate e che dominano la produzione, quanto per lo Stato come organizzazione della Nazione. Non va trascurato che l'assicurazione obbligatoria contro le malattie si risolve in uno sgravio non indifferente per l'Erario e più ancora per le finanze degli Enti locali (Comuni, Istituzioni di beneficenza e ospitaliera). Sotto ogni aspetto si profila perciò la utilità di completare la difesa provvidenziale del lavoratore, apprestando i mezzi indispensabili alla lotta contro le malattie, specialmente oggi, dopo che il Governo, nella valorizzazione di tutti i fattori del progresso nazionale, ha già brillantemente e fecondamente risolti tutti i problemi della tutela della maternità e dell'infanzia, e della protezione igienica dei lavoratori, e si accinge a combattere il flagello della tubercolosi ».

Cronaca del movimento professionale.

Réclame medica sulla stampa quotidiana.

La Sezione pugliese della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, considerando la nefasta opera svolta a danno della scienza medica e degli stessi pazienti dalla « réclame » ciarlatanesca diffusa a mezzo della stampa quotidiana, a proposito di miracolosi segreti terapeutici nel campo dermosifilografico, ha deplorato in un recente o. d. g. la mancanza di qualsiasi controllo e sanzione efficace in una materia così importante per la salute pubblica, invocando disposizioni opportune perchè, eventualmente per opera di una Commissione tecnica a ciò deputata dalle superiori autorità statali, venga esercitata una stretta sorveglianza sui limiti entro i quali possa essere concessa una onesta ed utile diffusione fra i profani di « réclames » medico-farmaceutiche di specialità.

Sindacato medico fascista di Roma e Provincia.

Il segretario dott. prof. Ermanno Fioretti accompagnato dal dott. Trulli, capo gruppo medici-condotti, ha riunito nella sala Consigliare di Palestrina gentilmente concessa dal Podestà tutti i medici di quella importante zona.

In un lucido discorso tratteggiò i fini del sindacalismo fascista e della nuova legge sindacale che ha dato riconoscimento giuridico al Sindacato Medico, indicando quali sono i doveri dei sanitari e specialmente dei medici condotti che con il loro apostolato hanno ben meritato del regime il quale attraverso le organizzazioni sindacali ne ha riconosciuto i giusti meriti accordando la condotta residenziale e migliorando le condizioni economiche sia per quanto riguarda gli stipendi che le pensioni.

Infine ha ascoltato con deferenza tutti i *desiderata* degli intervenuti, promettendo il massimo interessamento specie per quanto riguarda l'elevamento della classe sanitaria.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Bianco (*Reggio Cal.*). — L. 6000 (*sic*) e 4 quadr. dec.; L. 2500 cav.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10.

Carsoli (*Aquila*). — Scad. 31 mag.; 2ª cond.; L. 9500, oltre L. 3000 cav.; 4 quinq. dec.; tassa L. 50.15.

Castelpetroso (*Campobasso*). — Al 7 giu., ore 18; L. 6500 (*sic*); età lim. 40 a.; tassa L. 50.15. Ab. 3320; assistenza a 38 fam. pov. e 50 orfani di guerra. Chiedere annunzio.

Catania. — Scad. 31 mag. Assistente Dispensario celtico; L. 1150 (millecentocinquanta), oltre il c.-v.; tassa L. 50. Servizio di assistenza e opera di propaganda per la profilassi e l'igiene sociale.

Cosenza. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario per 9 consorzi; v. fasc. 20; scad. 20 giugno.

Firenze. *R. Arcispedale di S. M. Nuova.* — Chirurgo primario; scad. 4 giu.; vedi fasc. 20.

Forno di Canale (*Belluno*). — Scad. 31 mag.; 2 condotte, consorziali; L. 10,000 e addizionale L. 5 oltre i 1000 pov.; c.-v.; L. 300 arm. farm.; L. 700 all'uff. san.; 5 quadr. dec.; tassa L. 50.10.

Genova. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario e direttore dell'Ufficio Municipale d'Igiene del Comune di Genova unificato. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 19.

Genova. *Spedali Civili.* — Vice primario specialista in pediatria medica; L. 5000; nomina e 3 conferme triennali, fino al 45° (*sic*) anno; laurea da 4 a.; tassa di L. 50, al tesoriere; esame; docum. alla Segreteria (Ospedale S. Martino) entro l'8 giu., ore 13. Chiedere annunzio.

Gorla Minore (*Varese*). — Scad. 31 maggio; L. 7000, oltre L. 500 uff. san.; addizion. L. 5 oltre 600 pov.; età lim. 35 a.

Ivrea (*Aosta*). *Ospedale Civile.* — Due assistenti della Sez. Chirurgica; titoli ed eventualm. esami; tassa L. 50.10; età lim. 30 a.; docum. a 3 mesi; serv. entro 15 gg.; anno di prova e 3 conferme

biennali; L. 2500 (*sic*) annue e percentuale 10 %, vitto, obbligo di guardia. Scad. 20 giu.

Un assistente nella Sez. Medic.; L. 3500 (*sic*) e percentuale; serv. entro 1 mese; altre condizioni analoghe a quelle suddette. Scad. 25 maggio.

LAGONEGRO (*Potenza*). — A tutto 30 giu.; lire 7000 per 600 pov. e 6 quadr. dodicesimo; docum. a 3 mesi; tassa L. 50; età lim. 40 a.; serv. entro 15 giorni.

MANTOVA. — Scad. 10 giu. Medico di Riparto; L. 9000 e 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 1170-1800; età lim. 40 a.

MEDOLE (*Mantova*). Scad. 31 mag.; v. fasc. 20.

MIGLIANICO (*Chieti*). — Scad. 31 mag.; L. 9000, oltre L. 500 uff. san., L. 2500 ambulat. e trasp.; 5 quadr. dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona.* — Sono vacanti posti di medico assistente negli Istituti elioterapici-chirurgici e profilattici in Pietraligure; L. 12,000, oltre vitto e alloggio. Domande e richieste d'informazioni all'Amministrazione (via Cesare Correnti 13, Milano).

NOVARA. *Consorzio Antitubercolare provinciale.* — Medico direttore; scad. 31 mag.; vedi fasc. 18.

PISTOIA. *RR. Spedali Riuniti.* — A tutto 31 maggio medico primario; vedi fasc. 20.

PORTO S. GIORGIO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 30 maggio; L. 8000 residenziali e pel 25% popolaz.; addizion. L. 5; serv. att. L. 500; indennità forese L. 1000; 5 quadr. dec.; tassa L. 50.

ROBBIATE (*Como*). — Al 30 mag., 2ª cond. consortile; ab. 4414; L. 9000 e 3 quinq. dec., oltre L. 500 uff. san., L. 3500 trasp., L. 80 Opera Pia «Nazzari»; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; docum. a 3 mesi dal 26 apr.; serv. entro 15 gg.

S. GIOVANNI DEL DOSSO (*Mantova*). — Scad. 5 giu.; L. 9000 e 4 quadr, dec.; c.-v. in L. 2000; uff. san. L. 300; indenn. trasp. variabile; tassa L. 50.15.

S. PIETRO VIMINARIO (*Padova*). Proroga a tutto giugno.

SONNINO (*Roma*). — A tutto 25 giu., per S. Angelo; L. 9500 per 1000 pov., addizionale di L. 4 fino a 2000 pov. e di L. 5 oltre, con un massimo di 3000 pov.; 5 quadrienni dec.; 1° c.-v.; tassa L. 50. Le condotte sono 2.

SULMONA (*Aquila*). *Casa Santa dell'Annunziata.* — Aiuto di chirurgia nell'Ospedale Civile; L. 3000 (*sic*) e partecipaz. eventuali proventi; scad. ore 12 del 10 giu.; età mass. 35 a.; tassa L. 50.10; docum. a 3 mesi; nom. biennale; serv. entro 15 gg.

TAIBON (*Belluno*). — Scad. 30 mag.; v. fasc. 20.

TERAMO. *Congregaz. di Carità.* — Assistente nell'Osped. Civ.; scad. 31 mag.; vedi fasc. 20.

UDINE. *Consorzio Antitubercolare della Provincia.* — Cercasi d'urgenza medico in servizio interinale, con probabile sistemazione in pianta e miglioramenti economici. Si richiedono titoli dimostranti competenza specifica ed organizzativa in materia di lotta antitubercolare. Stipendio attuale L. 12,000 (dodicimila) e missioni retribuite.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Federazione della Stampa Medica Latina ha eletto presidenti onorari: Henri Roger (Parigi), Giuseppe Sanarelli (Roma) e V. Cortezo (Madrid); presidente effettivo: Maurice Loeper (Parigi); vice-presidenti: Vittorio Ascoli (Roma), A. Austregesilo (Rio de Janeiro), D. Danielopolu (Bucarest) e F. Coca (Madrid); segretario generale: L. M. Pierra (Parigi); segretario generale aggiunto: René Beckers (Bruxelles); tesoriere: Georges Baillière (Parigi); tesoriere aggiunto: Kohly (Avana).

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola Superiore di Malariologia.

Come abbiamo annunziato, il recente Consiglio dei Ministri, su proposta di S. E. il Capo del Governo, ha decretato l'istituzione della Scuola Superiore di Malariologia.

La nuova istituzione fascista crea in Italia un centro di studi certamente superiore e più completo dei consimili esteri.

Nel n. 20 del nostro giornale abbiamo già dato il programma dei corsi che avranno inizio improrogabilmente il 15 giugno.

Sono già aperte le sottoscrizioni; è in corso di stampa il programma con l'orario delle lezioni.

Per qualsiasi notizia informativa e per l'ammissione rivolgersi al prof. V. Ascoli, presso la Clinica Medica (Policlinico Umberto I), Roma.

Congresso per lo studio delle questioni sessuali.

La Società Italiana per lo Studio delle Questioni Sessuali indice il 4° Congresso Nazionale ai Bagni di Montecatini dal 16 al 18 giugno.

Tema principale di relazione: «Le malattie sessuali nell'infanzia» (rel. il prof. Jader Cappelli di Firenze); temi secondari: «La psicologia sessuale dell'infanzia»; «L'educazione sessuale». Avranno anche luogo varie comunicazioni e discussioni pratiche relative all'azione da svolgere dalla Società, alle organizzazioni internazionali, ecc.

Durante il Congresso si terrà una riunione del Consiglio generale della Società. Sono invitati i membri del Consiglio, i sindaci effettivi e supplenti, ed un delegato designato da ciascun gruppo debitamente costituito.

La riunione ha luogo unitamente a quella dell'Associazione Professionale dei Sifilografi Italiani.

Non si accettano iscrizioni di non soci.

La tassa di iscrizione per i soci della Società italiana per gli studi delle questioni sociali o dell'Associazione professionale dei dermosifilografi è di L. 10 e deve essere pagata alla Presidenza di una delle predette Associazioni (al prof. Piccardi, Presidente dell'Associazione dei Dermosifilografi a Torino, Corso Duca di Genova, 3; oppure al prof. Mieli, Segretario della Società per lo studio delle questioni sessuali, via Casalmonferrato, 29, Roma (40).

Gli iscritti al Congresso hanno diritto: 1) alle

riduzioni sul viaggio come sarà noto a suo tempo; 2) all'ingresso gratuito negli Stabilimenti delle Terme e alle cure annesse; 3) all'alloggio e alla colazione (caffè e latte) gratuiti dal giorno 16 al 19 giugno nei migliori alberghi della città; 4) al pranzo offerto dalla Società delle Terme il giorno 16, a tutti i rinfreschi e ricevimenti offerti dall'on. Podestà, dalla Società delle Terme, dalla Società degli albergatori e alla organizzazione delle gite alle quali si saranno iscritti, sia a quelli qui annunziati che ad altri che eventualmente potranno avere luogo.

Coloro che vorranno prendere parte al Congresso e alle gite, sono pregati di iscriversi con sollecitudine preventivamente; questa iscrizione non è impegnativa e dovrà servire agli organizzatori per la buona riuscita della riunione; le iscrizioni definitive dovranno pervenire al più tardi entro l'8 giugno accompagnate dall'importo delle gite alle quali il congressista vorrà partecipare.

I soci dei seguenti gruppi possono inviare la prenotazione e la loro quota al prof. Mieli entro l'8 giugno, o anche agli indirizzi seguenti, ma entro il 7 giugno: del gruppo fiorentino: dott. S. Sberna, Firenze, via Roma 2; del gruppo ligure: prof. D. Macaggi, Genova, via A. Bertani, 5; del gruppo napoletano: prof. Pietro Capasso, Napoli, piazza dei Martiri, 19; del gruppo palermitano: dott. Nicoletti, Palermo, Università, Istituto di medicina legale; del gruppo piemontese: prof. A. Fontana, Torino, via Porta Palatina, 1.

La segreteria del Comitato Ordinatore del Congresso, diretta dal dott. S. Sberna, entro il 10 giugno spedirà a tutti i soci iscritti gli eventuali moduli per il viaggio, la tessera d'iscrizione, i tagliandi per l'albergo nel quale è assegnato l'alloggio al congressista, i tagliandi per le gite, ecc. I soci sono pregati di indicare l'indirizzo al quale desiderano ricevere le tessere suddette. Non si faranno duplicati nè si emetteranno tessere nuove per i ritardatari o per coloro che non abbiano inviato le quote.

Nella circostanza avrà luogo anche la 2ª riunione del gruppo dei Dermosifilografi dell'Italia Centrale (Toscana e Umbria). Rivolgersi per esse al prof. Tommasi, direttore della Clinica Dermosifilopatica di Siena.

Si pregano i soci ritardatari o i nuovi soci ad inviare al Segretario generale della Società o a quello del proprio gruppo la quota sociale di L. 35 (estero L. 45); essa dà diritto a ricevere gratuitamente la « Rassegna di studi sessuali e di eugenica ».

Conferenza europea d'igiene e profilassi mentale.

Si adunerà a Parigi il 31 maggio, in occasione della Settimana psichiatrica, la quale assumerà quest'anno speciale importanza, dovuta alle celebrazioni di Pinel e di Vulpian.

La conferenza procurerà di addivenire ad un accordo fra le Leghe di profilassi mentale dei diversi Paesi, allo scopo di ottenere, dai rispettivi Stati, leggi, regolamenti e mezzi economici per lo svolgimento della loro azione.

La conferenza si adunerà sotto la presidenza del dott. Toulouse, nel Servizio di profilassi mentale del Dipartimento della Senna, Ospedale Henry Rouselle (1, rue Cabanis, Paris XIV).

Le Giornate Mediche di Bruxelles.

Il Comitato per la 7ª sessione delle « Journées Médicales » di Bruxelles (1927), presieduto dal prof. Jean Verhoogen, ha redatto il programma scientifico. Saranno tenute conferenze da Besredka e Chiray di Parigi, Leriche di Strasburgo, Lepine, Arloing e Policard di Lione, Lagnesse di Lilla, Cantacuzène e Danielopolu di Bucarest, Christiansen di Copenaghen, Gomez Ulla di Madrid, Snapper di Amsterdam; il prof. Pierre Mauriac di Bordeaux terrà la conferenza inaugurale, il 25 giugno. Il Ministro delle Scienze e Arti ha accordato nuovamente i sontuosi locali del « Palais du Cinquantenaire ». Alcuni Governi hanno designato i rappresentanti ufficiali.

Congresso di medicina tropicale nell'Estremo Oriente.

L'Associazione per la Medicina Tropicale dell'Estremo Oriente terrà il suo VII Congresso a Calcutta, sotto il patronato del vicerè e governatore generale dell'India e sotto la presidenza del magg. gen. E. H. Symons, direttore generale del Servizio Medico dell'India. I lavori inizieranno il 5 dicembre; saranno seguiti da gite, che avranno termine il 22 dicembre.

Sono ammesse comunicazioni di scienze mediche fondamentali e ausiliarie, di patologia e clinica, di fisioterapia (compresa la radiologia), sull'igiene e la medicina sociale, di odontologia, di veterinaria. Le Sezioni verranno fissate in base al numero e alla qualità delle comunicazioni che saranno annunziate. Al Congresso verrà unita una esposizione.

La quota biennale per i membri dell'Associazione è di 2 sterline, ovvero di 26,10 rupie; per i membri associati è di 5 rupie. Le mogli dei congressisti possono essere iscritte tra gli associati.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al segretario generale: St.-Col. J. Cunningham, I.M.S., General Organizing Secretary 7th Congress Far Eastern Association of Tropical Medicine, Pasteur Institute of India, Kasauli, Punjab (India Britannica).

Corsi di Tisiologia.

Nel Salone delle riunioni della Confederazione Generale Fascista dell'Industria Italiana, è stato inaugurato il Corso di perfezionamento in Tisiologia, istituito, a cura della Federazione Nazionale Fascista Istituti Privati di Cura, dall'Unione Industriale Fascista del Lazio.

Alla cerimonia, resa particolarmente solenne dall'Augusta presenza della Regina, sono intervenuti le LL. EE. Federzoni, Fedele e Bottai per il Governo, S. E. Paolucci in rappresentanza della Camera dei deputati e Presidente dell'Ente Antitubercolare, il comm. Melchiorri per il P. N. F.,

il sen. Baccelli per la Provincia, il comm. Mazzolani per il Governatorato, i rappresentanti del Comandante il Corpo d'Armata del Prefetto e del Questore di Roma, il gr. uff. Pio Marta per la Croce Rossa Italiana, il comm. Fioretti per il Sindacato Medici, il gr. uff. Barenghi ed il gr. uff. Di Giacomo per la Confederazione Nazionale dei Sindacati fascisti, il colonnello Ricci per la Direzione della Sanità Militare, il dott. Liebemann per la Presidenza degli Ospedali Riuniti, ecc. ecc. Erano a ricevere S. M. e le alte autorità dello Stato l'Ufficio di Presidenza della Confederazione, con a capo l'on. Benni, il comm. Ricci, i professori Dettori e Balella, il gr. uff. Allievi, l'avv. Santò, il prof. Lo Bianco, l'avv. Mandalari, il comm. Fossati, il gr. uff. Rebucci, l'avv. Cimino, l'avv. Vizzoca.

La cerimonia che si è svolta con austera solennità rappresenta l'inizio del preannunziato corso regolare di tisiologia che sarà tenuto nei locali dell'Unione Industriale Fascista del Lazio dagli eminenti proff. Angelini, Laurenti, Lo Bianco, Mendes, Nazari, Nicoletti, Saraceni i quali nel campo della tubercolosi rappresentano dei benemeriti della Nazione.

Il giorno 30 maggio avrà inizio nell'Università di Modena, promosso dal Consorzio Provinciale Antitubercolare, un Corso di istruzione per le malattie tubercolari. Esso ha per scopo di permettere ai medici pratici di aggiornare le loro cognizioni sui vari argomenti di tisiologia e di tubercologia che possono avere applicazione immediata specialmente dato l'attuale rifiorire di opere e di studi sul problema sociale tubercolare e l'intensificarsi relativo della lotta contro la tubercolosi quale vuole la ferma volontà del nostro Governo Nazionale Fascista. Le lezioni verranno tenute ordinariamente solo nelle ore pomeridiane dalle 15 in avanti, in modo da lasciare ai colleghi, specialmente condotti, la possibilità di attendere contemporaneamente al loro servizio. Il corso avrà la durata di 15 giorni e la frequenza regolare ad esso darà diritto al relativo certificato da parte della Segreteria della R. Università. L'iscrizione gratuita verrà fatta dietro domanda inviata alla Segreteria Universitaria, prima del 25 maggio. Possono iscriversi al Corso anche gli studenti del 5° e 6° anno di Medicina.

Le lezioni saranno tenute, secondo orario che sarà comunicato a suo tempo, dai proff.: Balli, direttore dell'Istituto di Radiologia e Terapia fisica; Campani, docente di Patologia medica e Direttore del Consorzio antitubercolare Provinciale; Centanni, direttore dell'Istituto di Patologia generale; Colombini, direttore della Clinica Dermosifilopatica; Donaggio, direttore della Clinica delle malattie Nervose e Mentali; Fiori, direttore della Clinica Chirurgica; Marchetti, docente di Patologia Chirurgica; Piccinini, direttore dell'Istituto di Farmacologia; Podestà, docente di otorinolaringoiatria; Sanfelice, direttore dell'Istituto d'Igiene; Simonini, direttore della Clinica Pediatrica; Sisto, direttore della Clinica Medica Generale; Tarozzi, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica; Vaccari, docente di Clinica Chirurgica.

Il prof. U. Gabbi ha diramato la seguente circolare:

Egregio Signore,

A questo rinnovato spirito di lotta contro la tubercolosi ad opera del Governo fascista, che deve estrinsecarsi inizialmente colla istruzione, colla propaganda e colla illustrazione dei mezzi di difesa della malattia, noi della Facoltà Medica di Parma abbiamo pensato di partecipare con un corso di conferenze animato da dimostrazioni pratiche (microscopiche, cinematografiche e con proiezioni).

L'intento nostro è quello di far meglio conoscere non tanto la natura del morbo e la sua potenza letale, quanto il suo alto potere di contagio, la sua facile diffusibilità, le vie per le quali entra nel nostro organismo e lo ammala, ed i deleteri effetti sulla costituzione e sulla resistenza organica dei figli dei colpiti dalla malattia.

Non solo, ma dobbiamo additare anche quelle malattie e quegli errori nel regime di vita che infralendo la resistenza organica aprono al nemico la via del nostro organismo.

Il nostro corso è fatto ai Laureandi in Medicina, ai Medici, alle Assistenti Sanitarie, alle Levatrici, ai Maestri e alle Maestre e si aprirà il 23 e si chiuderà il 30 di maggio.

Sarà rilasciato un certificato di frequenza ai partecipanti al Corso per il quale verrà corrisposta la somma di L. 10.

PROGRAMMA DEL CORSO.

Tubercolosi polmonare: Semeiotica: dott. Campanacci; Etiologia: prof. Vercellana; Patologia speciale: prof. Ponticaccia; Anatomia patologica: prof. Verga; Clinica medica: prof. Gabbi; Terapia medica: prof. Ponticaccia; Terapia chirurgica: prof. Stoppato; Lotta antitubercolare: prof. Gabbi; Dispensari e vaccinazioni: dott. Pariset.

Tubercolosi chirurgica: Diagnostica: prof. Stoppato; Patologia chirurgica: prof. Razzaboni; Clinica chirurgica: prof. Ferrari; Terapia chirurgica: prof. Ferrari.

Tubercolosi delle prime vie respiratorie: prof. Lasagna.

Tubercolosi infantile: prof. Cozzolino.

Tubercolosi degli annessi: prof. Acconci.

Per la riorganizzazione della Croce Rossa.

Il Capo del Governo, presente l'on. Suardo, ha ricevuto al Viminale il Commissario per la Croce Rossa Italiana, gr. uff. Pio Marta, il quale gli ha esposto le condizioni della istituzione.

L'on. Mussolini ha fatto conoscere al commissario le sue direttive per la riforma statutaria e per la riorganizzazione dei vari servizi, sviluppando i quali la Croce Rossa Italiana adempierà i compiti che le saranno prefissi per il tempo di pace e per il tempo di guerra.

All'opera Maternità e infanzia.

L'on. Alberto Blanc è stato nominato Commissario straordinario per l'Opera nazionale protezione maternità e infanzia, per il riordinamento dell'Opera stessa.

Commemorazioni di Grassi.

Nella ricorrenza del secondo anniversario della morte del senatore prof. Battista Grassi, il compianto scienziato che con la scoperta del ciclo di trasmissione della malaria e col continuo apostolato in favore della lotta antimalarica rese inestimabili benefizi a tante popolose regioni, si è svolta una mesta e commovente cerimonia nel piccolo cimitero di Fiumicino dove Egli volle farsi seppellire, in quella zona già funestata dal morbo implacabile, in cui aveva speso la miglior parte delle sue energie e che ora mostra ogni giorno i segni della rinata prosperità.

Nel piccolo e solitario cimitero circondato dalla fertile terra che soltanto da pochi anni va bonificandosi e trasformandosi mediante la coltura intensiva, a pochi passi dalle imponenti rovine che circondano il bacino dell'antico porto di Traiano, oggi non più covo di micidiali anofeli, conversero alla modesta tomba dell'illustre scomparso gli allievi e i collaboratori devoti, nonchè i laboriosi lavoratori della terra che lo aveva conosciuto nella sua opera di propaganda e di instancabile operosità scientifica e benefica. Tutti i bambini delle scuole di Fiumicino, di Porto e dell'Isola Sacra, ai quali Battista Grassi aveva rivolto il suo ultimo più affettuoso pensiero nel desiderio che ne fossero premiati quelli che meglio avessero appreso gli insegnamenti profilattici antimalarici, affluirono alla tomba del Benefattore e la ricoprirono di fiori.

Dopo una breve allocuzione di Don Luigi Perazzani, sono stati distribuiti i premi in danaro, per l'importo di L. 600, destinati dalla famiglia a tener viva nella mente dei piccoli abitatori dei campi la necessità della continua lotta contro il germe malarico e le zanzare trasmettitrici.

*
* *

Il Grassi è stato commemorato recentemente alla Reale Accademia Nazionale dei Lincei dal prof. Filippo Silvestri, con una monografia amplissima e documentata, la quale ha visto la luce tra le Memorie dell'Accademia; dal prof. Giulio Cotronei, in occasione della prolusione al corso di anatomia comparata dell'Università di Roma, quale successore del sommo biologo; dal dott. M. Fedele, che ha pubblicato uno studio su « L'opera e gli insegnamenti di G. B. Grassi » nel « Bollettino della Società dei Naturalisti di Napoli ». Segnaliamo anche un pregevole articolo di G. Gabrieli nel « Corriere d'Italia » del 6 maggio corr.

Così il grande pensatore e lavoratore, che è stato un grande benefattore dell'umanità, continua a vivere nella memoria e nel culto della nostra generazione.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Pubblicazioni della nostra Casa Editrice a disposizione degli abbonati del "Policlinico„ con agevolazioni sul prezzo di copertina.

Prof. dott. BERNARDINO MASCI
della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma

Tecnica Terapeutica Ragionata medica e chirurgica.

Prefazione del prof. AGOSTINO CARDUCCI.

Un volume di pagg. VIII-845 (N. 18 della Collana Manuali del «Policlinico»), nitidamente stampato su carta semipatinata, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. — Prezzo L. **78**. Per i nostri abbonati sole L. **72**, franco di porto.

Prof. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli

La Terapia Clinica nella Medicina Pratica

Indicazioni-Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.

Un grosso volume di pag. VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del «Policlinico» nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58**. Per i nostri abbonati sole L. **52** franco di porto.

Dott. EDMONDO VENEZIAN
A. negli Ospedali Riuniti di Roma

PRONTUARIO TERAPEUTICO

Vademecum per il pratico.

Prefazione del Prof. UBERTO ARCANGELI.

Un volume di pagg. VIII-324, in formato tascabile, nitidamente stampato ed elegantemente rilegato in piena tela flessibile, con iscrizioni in oro sul piano e sul dorso. — Prezzo L. **25**. Per i nostri abbonati sole L. **22.50**.

Dott. Prof. PAOLO CAIFAMI
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari

Prontuario di Terapia Ostetrica

Vademecum per il medico pratico.

Prefazione del Prof. ERNESTO PESTALOZZA
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Roma.

Seconda edizione, riveduta e ampliata.

Un volume, in formato tascabile, di pag. XII-314, con 105 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata ed elegantemente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **28**. Per i nostri abbonati sole L. **25,50**, in porto franco e raccomandato.

Dott. Prof. O. VIANA
Direttore della Maternità, Brefotrofio e Scuola di Ostetricia in Verona

Ginecologia e secrezioni interne

Prefazione del Prof. N. PENDE

Un volume in-8° di pagg. VIII-176 (N. 12 delle nostre Monografie medico-chirurgiche d'attualità) nitidamente stampato in carta semipatinata.
Prezzo L. 18. — Per i nostri abbonati sole L. 16,50 in porto franco.

Prof. F. LA TORRE **IL FORCIPE**

Seconda edizione riveduta e aggiornata dal
Prof. PAOLO CAIFAMI
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Bari.

Un volume in-8 di pagg. IV-132 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 62 figure intercalate nel testo. — Prezzo L. **24**. Per i nostri abbonati sole L. **21,90** franco di porto.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA.
Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.

Nostra edizione di prossima pubblicazione:

Il Problema del Cancro

del Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE
A. M., Sc. D., M. D., C. M., LL. D.
Commendatore della Corona d'Italia. Membro Onorario dell'Accademia Medica di Roma

Traduzione in riassunto dalle edizioni inglese, francese e spagnuola a cura dei Dottori
GIOVANNI PERILLI e ARNALDO POZZI

Prefazione del Prof. ROBERTO ALESSANDRI
Direttore della R. Clinica Chirurgica della Università di Roma

Il libro contiene inoltre un capitolo originale

Sugli studi e sulla lotta del cancro in Italia

e tutta la bibliografia oncologica Italiana più recente (1910-1926)

Un volume in 8°, di circa 350 pagine, nitidamente stampato, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo lire **60**, più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente agli abbonati al "Policlinico„ il volume sarà ceduto per sole

Lire **48** in porto franco

purchè essi inviino questo importo *prima del 31 Maggio*, all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - ROMA

ANNO XXXIV Roma, 30 Maggio 1927 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

I vari tipi di meningococco nella prognosi e nella cura della meningite cerebrospinale epidemica.

Prof. TOMMASO PONTANO,
docente di Clinica, primario medico nel Policlinico Umberto I di Roma.

La meningite cerebrospinale è, tra le malattie da infezione, una di quelle, che, negli studi bacteriologici, hanno trovato vivida luce, e, nella serologia, incomparabile vantaggio.

Scoperto il germe patogeno, fu svelato il meccanismo della penetrazione, furono chiarite le forme bacterioemiche e setticoemiche, esattamente stabilite le alterazioni anatomopatologiche; la percentuale di mortalità, dopo l'introduzione della sieroterapia, per concorde consenso, si è abbassata e la prognosi della malattia, quando l'intervento curativo è precoce, è divenuta assai meno severa che per il passato. Si può anzi dire che, di molte nozioni riguardanti il genio epidemico e la gravità dei casi nel corso di determinate epidemie, delle nozioni cliniche riguardanti l'età dei pazienti e la gravità di alcune manifestazioni morbose, di alcune qualità del liquor, altra volta ritenute importanti per la prognosi, è scemato il valore pronostico, dopo l'introduzione del siero curativo.

Se pure non sempre i resultati « mirabili » di Jochmann o gli « effetti stupefacenti » di Wassermann hanno avuto pratica realizzazione, molti medici vantano nella loro esperienza successi e talora prodigiosi in forme comatose o convulsivanti, nelle quali la cura col siero parve determinare una vera resurrezione.

Per fermarsi alle statistiche più note, nelle mani di Flexner, di Jochman, di Levy, di Robb, di Netter, di Dopter, di Teissier, la mortalità si è abbassata dal 70 all'8-13 % nei curati prima del 4° giorno, per rialzarsi al 30-50 rispettivamente nei curati dal 4° al 7° e dopo il 7° giorno. Teissier pose il siero antimeningococcico nel secondo posto, subito dopo il siero antidifterico.

Nel fervido entusiasmo dei primi anni tuttavia

non tutti si trovarono concordi: qualche autore attribuì i resultati « nè mirabili nè stupefacenti » alla qualità del siero usato. Può riuscire ancora di grande interesse rileggere contributi importanti (Comby), dedicati alla comparazione degli effetti dei sieri antimeningococcici di diversa provenienza (Siero Wassermann, siero Flexner, siero Dopter). Nè minore interesse offre il seguire passo per passo tutti i perfezionamenti tecnici: modificata produzione dei sieri, scelta delle dosi e delle vie di somministrazione, dalla sottocutanea, alla intrarachidea, alla endovenosa, precocità dell'intervento, audacie curative (introduzione per via intraventricolare, nella cisterna, lavaggi con siero della cavità rachidiana).

Ma gli ultimi contributi, imponenti per numero, in occasione di epidemie durante l'ultima guerra, non sono stati soddisfacenti. Con maggiore insistenza sono stati sollevati i problemi riguardanti le differenze dal punto di vista immunitario tra i vari tipi di meningococco; sono stati prospettati sotto un nuovo aspetto i resultati fallaci rinnovatisi con frequenza maggiore che nella prima esperienza, sì da mutare i concetti originarî circa la specificità del siero antimeningococcico, utile non più nella meningite cerebrospinale in genere, ma solo in quelle forme determinate dal tipo di germe, per il quale il siero era stato preparato.

Portare una nota discorde nell'entusiasmo, raccolto dai trattati, per un mezzo terapeutico che sembrava sanzionato dall'esperienza, sarebbe sembrato qualche anno fa opera di scettica audacia o segno di insufficiente osservazione o di errata condotta terapeutica anche a coloro i quali pensano che i fatti clinici rigorosamente osservati, in contrasto con le nozioni correnti, possono tradursi in benefico chiarimento; ma non è più eresia per chi conosce la storia della sieroterapia e ricorda i resultati negativi di Matthes, e di Hochlaus, di Raczinski, ricorda i non lontani insuccessi di Rolleston, Ellis, Gaskell, Forster, di Teissier stesso, fino a pochi anni fa entusiasta della sieroterapia antimeningococcica!

In un gruppo di casi di meningite cerebrospinale meningococcica, capitati alla mia osservazione, ogni tentativo di cura serica precoce e generosa è rimasto inefficace, anche là dove il pronostico, per le manifestazioni cliniche esistenti al momento dell'intervento curativo, davano adito alle più giustificate speranze. Essi si prestano a considerazioni d'ordine teorico e pratico che io stimo interessanti ed utili. Non riporto lunghe storie cliniche, basterà che riassuma i punti fondamentali per giustificare le premesse e per illustrare le considerazioni alle quali si prestano.

I primi quattro casi formano un gruppo omogeneo di osservazione.

Il primo (D. A. Luisa), di cinque anni, capita alla mia osservazione al 3° *giorno di malattia*. Il medico curante basandosi sulla cefalea, sul vomito, sulla rigidità nucale associate a febbre alta, ha praticato al mattino del 3° giorno una puntura lombare che ha dato esito a liquido torbido, e ha iniettato per via intrarachidea 20 cm. cubici di siero antimeningococcico. L'esame del liquor è positivo per un cocco gramnegativo, intracellulare. Quando entra nel reparto Isolamento il sensorio è lucido, le condizioni generali sono discrete, la temperatura è a 38,4. L'esame degli organi è negativo; ha rigidità nucale, segno di Kernig nettissimo, anisocoria, non paralisi dei nervi cranici, riflessi torpidi. Il polso è frequente 150. Al mattino seguente la temperatura è salita a 39,2, le condizioni generali leggermente peggiorate, il sensorio ottuso, sonnolenta. Nuova puntura lombare, da cui si pratica la cultura, e iniezione intrarachidea di 20 cmc. di siero antimeningococcico. Nessun disturbo, immediato nè tardivo, la sonnolenza cresce e alle ore 12 dello stesso giorno avviene il decesso. Il nuovo esame del liquor dava numerosi polinucleari con scarsa quantità di germi (cocchi gramnegativi in gran parte intracellulari, e tutte le note comuni del liquor infiammatorio).

Il secondo caso, un bambino di 2 anni, è al quarto giorno di malattia quando è ricoverato al reparto isolamento. Nel momento dell'ingresso le condizioni generali non sono gravi; colorito roseo, temp. 36,5, rigidità nucale spiccatissima, Kernig netto, non paresi a carico dei nervi cranici, riflessi presenti normali. Eruzione maculare sull'addome. Con la puntura lombare si ricava liquido purulento, che all'esame microscopico si dimostra ricchissimo di polinucleari ben conservati. Al primo esame non si riscontrano germi che invece si sviluppano in cultura pura in brodo ascite e presentano caratteri culturali e tintoriali del meningococco. Fin dalla prima sera (4° *giorno di malattia*) si iniettano 20 cmc. di siero antimeningococcico polivalente dell'istituto Pasteur per via intrarachidea. Le condizioni si mantengono stazionarie, la temperatura non molto elevata, rigidità nucale e vertebrale. La bambina rimane degente *per 22 giorni* nell'ospedale. Ogni giorno si esegue puntura lombare e si sottraggono da 15 a 20 cmc. di liquor torbido e si sostituiscono con siero polivalente antimeningococcico. Al decimo giorno compare strabismo convergente per paresi degli oculomotori, la temperatura oscilla tra i 39,5 e 37,5, 38. Le successive punture lombari danno sempre liquido purulento con polinucleati e meningococchi, coltivabili in cultura pura. La nutrizione generale decade, muore in 27ª giornata di malattia. In totale furono iniettati 350 cmc. di siero per via intrarachidea.

Il terzo caso, P. Lina, riguarda una bambina di circa tre anni che viene all'ospedale *in terza giornata di malattia*: aveva da tre giorni febbre alta a 40° con cefalea e vomito. Presentava rigidità della nuca, segno di Kernig, aboliti i riflessi rotulei e achillei. La puntura lombare dà liquido torbido con polinucleari numerosissimi ben conservati, scarsi linfociti; presenza di cocchi gramnegativi intracellulari e in parte extracellulari scarsi. Coltivato, per caratteri culturali e tintoriali, si identifica il germe con il menin-

gococco di Weichselbaum. La temperatura oscilla tra i 39 e 37,4, si iniettano al 4° giorno, 20 cmc. di siero per via intrarachidea (siero polivalente istituto sieroter. milanese) e 30 cmc. per via endovenosa. La sindrome nervosa, rigidità della nuca con opistotono, si rende più imponente; il liquor diviene più torbido e le ultime gocce sono costituite da gocce di vero pus con straccetti sospesi, il reperto bacteriologico identico. Il 5° giorno si somministrano 20 cmc. di siero, il 6°, 25 cmc. sempre per via intrarachidea. Il 6° giorno stesso, essendo peggiorata la sindrome nucale con deflessione del capo, si procede alla puntura sottooccipitale: si estraggono 10 cmc. di liquor meno torbido ma contenente polinucleati e il medesimo germe, si iniettano 10 cmc. di siero nella cisterna. All'8° giorno, peggiorando ancora la sindrome nervosa e temendo un blocco del ventricolo, con trapanazione eseguita dal chirurgo prof. Ricciuti, si punge il ventricolo, esce liquido con gli stessi caratteri. Peggiora ancora la sindrome morbosa, a malgrado delle punture lombari e delle iniezioni di siero; muore in 12° giorno. Durante la malattia furono introdotti 180 cmc. di siero di cui 25 per via endovenosa, 10 nella cisterna e 10 nei ventricoli, 135 nel rachide.

In tutti questi tre casi, con una sindrome meningea non imponente, senza gravi segni generali, curati al 3° giorno i primi due, al 4° il terzo con cura serica specifica generosa, con siero specifico polivalente, per via intrarachidea, mentre la sintomatologia clinica e la precocità e intensità della cura avrebbero fatto emettere una prognosi non letale, l'esito in morte ha reso fallace ogni concetto clinico pronostico e ha frustrato l'attesa sui mezzi di cura usati.

Il quarto caso riguarda una donna di 38 anni, che ricordava 2 aborti e cura antiluetica, dopo la quale ebbe due figli viventi e sani. Entra nell'isolamento della clinica in 5ª giornata di malattia, iniziatasi in pieno benessere con febbre, cefalea, vomito. Per la cefalea e la rigidità della nuca io stesso vidi la malata in consulto in casa, e praticai una puntura lombare che diede esito a liquido torbido contenente numerosissimi polinucleati ben conservati, rari linfociti, rari cocchi appaiati gramnegativi, in gran parte extracellulari, ma anche intracellulari. Ricoverata in clinica, fu subito iniziata una cura con siero specifico (Ist. sieroterapico Milan. polivalente) per via intrarachidea. Dopo la prima iniezione di siero, si ebbe brusca caduta della temperatura che subito si rialzò e si mantenne alta per circa una settimana dopo la quale comparvero manifestazioni da siero con urticaria e fenomeni articolari fastidiosi. Sebbene la temperatura accennasse a diminuire, le condizioni della sindrome e sopratutto la sindrome spinale (rigidità vertebrale con opistotono e rachialgie violente), il comportamento del liquor cerebrospinale purulento con polinucleari prevalenti, la presenza di meningococchi scarsi ma pur sempre presenti indussero a continuare la cura e ad elevare la dose. Scarsa febbre, poca cefalea, rachialgie e opistotono, liquor sempre torbido, dimagramento notevole e progressivo della malata. Le punture lombari si rendono ogni giorno meno facili, il liquor esce con difficoltà sempre purulento; si deve esercitare aspirazione, finchè dopo circa un mese le punture restano inefficaci e si estrae solo qualche goccia di liquido torbido tanto che la cura si deve continuare per via intramuscolare. La malata deperisce sempre più, si cachettizza, perde le feci e le urine, la sindrome spinale rimane invariata e perisce in tali condizioni dopo un mese di cura durante il quale furono inoculati circa 800 cmc. di siero antimeningococcico.

Uno dei casi guariti era un uomo di 19 anni venuto al quarto giorno di malattia e nel quale la cura fu iniziata al 5° giorno. Condizioni gravi: sindrome meningea completa, liquido purulento con polinucleari, scarsi linfociti, scarsi cocchi appaiati di cui una parte extra ed una parte intracellulari, gram negativi. Furono praticate 18 punture lombari, furono inoculati in totale 430 cmc. di siero polivalente I. S. M.; la sindrome migliorò rapidamente, fu sospeso il siero quando il liquor divenne limpido e negativo il reperto dei meningococchi.

L'altra paziente, B. Lucia, era una giovanetta di 13 anni, malata da 4 giorni, in condizioni gravi, che al quarto giorno stesso, iniziò la cura intrarachidea e la continuò per dieci giorni ricevendo in tutto 300 cmc. di siero. Fin dalle prime inoculazioni si ebbe un netto miglioramento e al 10° giorno di cura, 14° di malattia, la sindrome meningea era quasi scomparsa.

In totale adunque sei malati di meningite cerebrospinale. L'agente morboso era sicuramente il meningococco. Per la identificazione sono sufficienti la morfologia (cocchi a coppie, in gran parte intracellulari, gramnegativi) i caratteri culturali, i poteri fermentativi (destrosio e maltosio). Di questi sei casi di meningite cer. spin. meningococcica quattro sono morti e due sono guariti. Non posso mettere nel calcolo altri due casi di meningite purulenta amicrobica, uno guarito senza cura serica, l'altro con la semplice puntura lombare, perchè essi restano, secondo il mio parere, nell'ombra etiologica e non possono essere considerati col semplicismo di alcuni autori come causati dal meningococco.

Non elementi epidemiologici (i casi sporadici sono di prognosi meno severa), non le condizioni cliniche, e non qualità del liquor autorizzavano ad una prognosi letale. Anzi a proposito del liquor è da notare che nel liquido purulento fatto quasi in totalità di polimorfonucleari ben conservati, il numero dei germi era in tutti i casi scarso. Anche le inclusioni bacteriche nei preparati allestiti su liquido, non appena prelevato, erano di poche coppie: due o tre coppie al massimo. In nessuno dei quattro casi ad esito mor-

tale l'azione del siero ha determinato deciso miglioramento clinico sia pure temporaneo, nè ha modificato le qualità del liquor neppure nella morfologia degli elementi figurati contenuti; non è comparsa la linfocitosi dello stadio di regresso, nè il numero dei germi è diminuito. Nel caso 4° potrei dire che il numero dei germi aumentava durante la cura, tanto da farmi dire che il siero rappresentava un mezzo culturale più che un mezzo di cura. In un altro caso (caso 3°) nelle ultime punture lombari il liquor, invece di trasformarsi in liquido limpido, diventava sempre più torbido e nella scheda clinica è segnato a proposito di una delle ultime punture: « le ultime gocce sono pus denso, come se non fosse misto a liquor ». Solo in una malata eruzione urticata da siero in 7ª giornata, che non ha impedito di continuare la cura; negli altri sempre ben tollerato e a dosi massive.

Il resultato scoraggiante è in contrasto con quanto affermano le statistiche dei resultati ottenuti con la cura del siero antimeningococcico. Ho voluto indagare sulle cause di un resultato tanto diverso, considerando *elementi clinici* e *dati bacteriologici*.

Fra *gli elementi clinici* importanti è *l'età*: è noto che l'età infantile è condizione che aggrava notevolmente la prognosi dell'infezione (Holt, Comby, Netter, Hutinel, Jobling, Dopter) e qualche pediatra appartiene anrora alla schiera assottigliata degli scettici della sieroterapia antimeningococcica appunto perchè la mortalità infantile dei bambini al disotto di 1 anno giunge fino al 100 % e in genere si mantiene ancora alta a malgrado del siero (fino al 50 %). Ma tra i miei malati anche pazienti di 5, di 7 anni, perfino di 38 a., si comportano come i malati al disotto dei tre anni di fronte alla sieroterapia.

La *precocità* dell'intervento ha grande importanza: nei miei casi l'intervento fu precoce; quasi in tutti la cura è stata iniziata al 3°, raramente al 4° giorno. In due, in cui fu iniziata più tardivamente, in 4ª e rispettivamente in 5ª giornata, si ebbe la guarigione. Il 3° giorno è compreso ancora nei limiti stabiliti per una sieroterapia che abbassa la mortalità all'8-20 per cento!

Nè poco siero fu usato; da un minimo di 40 cmc. in due giorni (l'esito letale avvenne in 4ª giornata) si sale a 200, fino a più di 800 cmc.!

Nè per poco tempo fu eseguita la cura, sempre per via intrarachidea; quando la malattia si prolungò per un mese, nessun timore di anafilassi trattenne dallo inoculare grandi quantità di siero, e si ricorse alla via intramuscolare e rispettivamente alla endovenosa anche in un caso in cui *tardivamente* tutto il rachide si bloccò.

In un caso in cui i sintomi fecero pensare a meningite bloccata si ricorse all'introduzione del siero nella cisterna e nei ventricoli, senza resultato.

I meningitici nei quali siamo intervenuti precocemente, non presentavano d'altra parte forme cliniche con sintomi gravissimi, nè temperature eccessivamente elevate, nè sindromi nervose minacciose (convulsivanti, apoplettiformi, comatose ecc.); in un solo caso si presentarono sintomi setticoemici con porpora; guarì col siero a differenza degli altri casi che presentavano sindrome strettamente localizzata.

I *dati clinici* non spiegano la mancata efficacia della sieroterapia. Abbiamo voluto approfondire *i dati bacteriologici*.

Sebbene le statistiche più dimostrative circa gli effetti sorprendenti della sieroterapia antimeningococcica siano tutte basate sugli effetti ottenuti con sieri prodotti quando ancora non esistevano le nozioni sulle differenze immunitarie dei vari tipi di meningococco, e quindi senza l'uso di sieri monovalenti specifici, ci è sembrato tuttavia, specie dopo i resultati comunicati da Gordon e da Hine, che nessuna conclusione allo stato attuale delle cose, si poteva tirare senza tenere nella giusta considerazione le concoscenze moderne *sui tipi di meningococco* e *sui sieri monovalenti*.

La nozione della diversità dei tipi fu ventilata nel 905 da Elser e da Hunton; seguirono gli studi di Dopter e Pauron, di Gordon e Murray, di Ellis, di Nicolle Debains e Jouan, i quali stabilirono con sicurezza differenze immunitarie fra i vari meningococchi isolati (agglutinazione, precipitazione, bacteriolisi, fissazione del complemento ecc.). *Ogni tipo rappresenta un antigene particolare capace di determinare anticorpi differenti che agiscono solo verso gli antigeni omologhi* (Dopter).

I vari autori hanno tentato differenti classificazioni, così v'è chi distingue quattro tipi con caratteri che avvicinano il 1° al 3° e il 2° al 4°; v'è chi ne distingue due soli, v'è chi riconosce un solo meningococco e denomina gli altri parameningococchi; v'è chi come Nicolle ne differenzia 4 tipi (A, B, C, D), v'è chi, pur accettando la distinzione, mette ogni riserva circa le rigide classificazioni sinora sostenute (Ellis, Flach ecc.).

Con i sieri agglutinanti noi abbiamo saggiato i meningococchi isolati in cultura pura, dopo averli identificati coi mezzi morfologici, tintoriali, culturali e fermentativi.

Ecco i resultati ottenuti:

CASO I. — Meningococco agglutinato dal siero D, non dal siero della malata. (*Tipo D*).

Caso II. — Meningococco non agglutinato dai sieri A. B. C. D. nè dal siero della malata (*M. Atipico*).

Caso III. — Meningococco agglutinato dal siero B, non dal siero della malata (*Tipo B*).

Caso IV. — Meningococco agglutinato dal siero B, non dal siero della malata (*Tipo B*).

Caso V. — Meningococco agglutinato dal siero dell'istituto Pasteur curativo e non dai sieri A. B. C. D. (*M. atipico*).

Caso VI. — Meningococco non agglutinato dal siero della malata, agglutinato dal siero A e dai sieri curativi (Pasteur e I. S. Milanese) (*Tipo A*).

In riassunto un meningococco Tipo D, due meningococchi tipo B, un meningococco tipo A, due meningococchi atipici. La morte si è avuta nel caso determinato dal Meningococco D, nei due casi determinati dal B, in uno determinato dal M, atipico; la guarigione si è ottenuta in uno con men. atipico e in quello determinato dal men. A.

La prognosi e la cura della mening. cer. sp. ep. acquistano, nella visione dei resultati ottenuti, un interesse particolare. Un primo problema ci siamo posto. Noi ci siamo domandati cioè se la meningite c. sp. è malattia di gravità differente e di prognosi differente a seconda del tipo di meningococco; nè ci è sembrata oziosa la domanda. In un lavoro sui vari tipi di diplococco dominanti in Italia, io ebbi a notare, che, sebbene non si potesse decisamente affermare una gravità differente della polmonite a seconda dei tipi di diplococco, la mortalità più elevata spettava al diplococco tipo 3, d'accordo con le statistiche americane, indipendentemente da qualunque terapia usata. Nè basta; a proposito di una setticoemia meningococcica a decorso mortale, ebbi anche a notare che frequentemente il tipo B, che era causa dell'infezione nel mio caso, era stato trovato come determinante della forma setticoemica, a decorso spesso letale, da altri autori (Netter, Veratti, Lereboullet e Cathala, Oettinger ecc.).

Nei nostri casi di meningite cerebrospinale, tra i mortali, un tipo D, due tipi B, uno atipico; tra i guariti un tipo A, uno atipico agglutinato dal siero della malata e dal siero Pasteur.

Senza predominio, la variabilità del tipo del meningococco è la caratteristica dei nostri casi; su 6 stipiti isolati solo quattro si potevano riportare ai tipi noti, due non erano riferibili a nessun tipo conosciuto.

Potrebbe questo dato essere la spiegazione dell'insuccesso; ma io ricordo che le migliori statistiche pubblicò chi non tenne conto del tipo di meningococco, ed usò il siero polivalente sul meningitico quando la classifica dei meningococco non era puranco iniziata!

Il siero polivalente nelle nostre mani si è mostrato insufficiente, sia contro germi appartenenti ad un tipo, sia contro germi che non sono compresi nella sua teorica attività.

La terapia col siero da qualche anno si orienta verso la specificità monovalente, e vanta qualche resultato incoraggiante. Gordon e Hine, riuscirono ad abbassare la mortalità durante la guerra usando sieri specifici, dopo avere rapidamente determinato il tipo. Ma con i successi si devono ricordare gli insuccessi che provengono da fonte non sospetta; Teissier nel '25 deve amaramente constatare che, a malgrado della determinazione del tipo, a malgrado della cura strettamente specifica, la mortalità ha raggiunto cifre scoraggianti dell'80 per cento, ed egli, già altra volta entusiasta del siero antimeningococcico, si domanda se la differenza dei resultati non sia da attribuire alla diversità dei tipi di meningococco, che in questi ultimi anni si scoprono nel liquido dei malati, come se le ricerche immunologiche per la determinazione del tipo non fossero una recente conquista, e nelle statistiche del passato di malati curati con siero, l'indagine non si fosse fermata ai caratteri morfologici tintoriali e culturali, senza le caratteristiche immunologiche che servono a differenziare i tipi. Dire quindi che la terapia di un tempo si è trovata di fronte a meningiti determinate dallo stesso tipo è affermare una nozione non appoggiata a dati di fatto.

Noi dobbiamo rilevare allo stato attuale: 1) che la sieroterapia polivalente non dà i resultati che ci saremmo aspettati da una medicazione ritenuta specifica, 2) che già si possono notare gl'insuccessi della sieroterapia specifica contro il tipo, (monovalente); e che tutto ciò avviene quando nella assistenza e nella cura del malato si applicano i perfezionamenti dettati dal tempo, 3) che esiste una contradizione inesplicabile tra i resultati di un tempo e quelli attuali.

Nelle recenti osservazioni la mortalità per meningite meningococcica va riprendendo l'antica percentuale di mortalità; non è lecito giurare sui dogmi terapeutici del passato; deve essere di nuovo impostato il problema terapeutico, coi mezzi che le conoscenze moderne ci forniscono.

Si deve rinunziare alla sieroterapia polivalente:

contro il siero polivalente che non combatte efficacemente nessuno dei tipi patogeni, stanno l'esperienza e le nozioni immunologiche. Sulla sieroterapia monovalente i pareri non sono concordi.

Quando una larga esperienza di resultati accuratamente raccolti potrà essere a nostra disposizione noi potremo giudicare se anche con l'uso del siero esistono delle forme di meningite in cui il resultato è dovuto alla virulenza speciale del tipo o allo scarso potere antigene di esso nella produzione del relativo siero curativo. È lecito avanzare tale sospetto a somiglianza di quanto avviene per i diplococchi.

Inoltre le ricerche bacteriologiche non si possono fermare a quello che finora è a noi noto: su sei casi noi ci siamo imbattuti in due stipiti che non appartenevano a nessuno dei tipi stabiliti. Il problema deve essere ripreso se si vuole ricorrere alla pura terapia monovalente.

Il meningitico, che appare ai giorni nostri poco pericoloso per lo scarso contagio, deve essere curato in ambienti specializzati, in cui le ricerche si compiano con ogni rapidità e l'indirizzo sia preciso e moderno, perchè è tempo che siano chiariti dubbi e siano risoluti quesiti di vitale importanza. La sieroterapia antimeningococcica, che sembrava una delle conquiste più stabili e decise, deve subire un sereno controllo perchè gli scetticismi non si moltiplichino senza adeguata giustificazione.

Conclusioni. — 1) La mortalità per meningite cerebrospinale meningococcica può raggiungere cifre molto elevate a malgrado della sieroterapia specifica, razionalmente e generosamente applicata, in forme non gravi, curate precocemente per via intrarachidea, con grandi quantità di siero polivalente.

2) L'uso del siero per via endovenosa e con introduzione nella cisterna e nei ventricoli in casi particolari non hanno migliorato i resultati.

3) L'insuccesso può essere legato alla qualità del siero usato; il siero polivalente si dimostra insufficiente a combattere l'infezione meningococcica della meninge.

4) L'insuccesso può essere legato alla virulenza di particolari tipi o allo scarso potere antigeno di esso; è necessario moltiplicare i trattamenti con siero monovalente corrispondente al tipo perchè il vitale problema sia convenientemente risoluto.

5) I tipi di meningococco finora classificati non sono sufficienti a comprendere quelli che nella pratica si incontrano e la ricerca deve essere ripresa se la sieroterapia deve avere un indirizzo strettamente specifico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
della R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
diretto dal prof. L. PRETI.

Contributo alla conoscenza della ginecomastia nell'uomo

per il dott. ANDREA MANAI, aiuto.

La ipertrofia mammaria nell'uomo o ginecomastia vera o falsa è una evenienza tutt'altro che rara, sia negli individui con carattere più o meno evidente di ermafroditismo, sia in quelli dal punto di vista sessuale apparentemente ben conformati.

Da Murat e Patissier ad es. nel *Dictionnaire* viene riferito il caso di un marinaio, che, avendo perduto la moglie nel periodo dell'allattamento, presentò al bambino superstite il proprio seno e dopo pochi giorni egli vide un turgore alle mammelle e comparire la secrezione lattea; un caso analogo fu riferito da Humboldt.

Ma se questi casi che oltre presentare un'ipertrofia mammaria; hanno rivelato anche una funzionalità vera e propria dell'organo, sono così rari tanto da ritenerli per veri solo sulla fede di coloro che li hanno riferiti, tuttavia è frequente imbattersi in individui con la sola ipertrofia mammaria.

Recentemente fu notata la concomitanza di tale ipertrofia con la cirrosi epatica (Silvestrini-Corda) e furono dedotte, specialmente dal Silvestrini, delle relazioni di causa ed effetto, nel senso che alla cirrosi fu attribuito il determinismo della ipertrofia mammaria.

Data la rarità ed anche l'incertezza sulla interpretazione della genesi, che regna su questa anomalia in rapporto alla cirrosi epatica, ritengo opportuno illustrare il seguente caso di reviviscenza mammaria che mi fu dato di osservare in Clinica.

B. Giuseppe, di anni 50, custode da Sassari, coniugato con prole.

Nulla di notevole nel gentilizio. Nei precedenti personali dell'infermo i fatti più salienti sono: una infezione morbillosa nei primi anni di età ed una modesta affezione reumatica superata felicemente.

Il paziente è modico fumatore, forte consumatore di vino e di liquori· sposò a 23 anni una giovane sana e robusta, dalla quale ebbe 4 figli, due dei quali sopravvivono e stanno bene, gli altri due morirono in tenera età di gastroenterite.

Riformato dal servizio militare a 20 anni per deficiente statura, fu ritenuto abile all'inizio della guerra e prestò servizio in zona territoriale.

Nel dicembre del 1924, all'età di 48 anni, cominciò ad avvertire malessere generale, facile

stancabilità, anoressia, senso di peso alla regione epigastrica dopo il pasto, stitichezza; più tardi comparve lieve tinta sub-itterica alle sclere ed un ingrossamento nell'addome, tachicardia, angoscia precordiale. Contemporaneamente notò un progressivo aumento delle mammelle in corrispondenza delle quali avvertiva intermittentemente moleste sensazioni a carattere trafittivo. L'istinto genesico e l'energia sessuale assenti da oltre un anno.

All'ingresso del paziente in Clinica si rileva uno stato generale scadente, masse muscolari ridotte, pannicolo adiposo scarso e tinta sub-itterica dei tegumenti e delle sclere; la lingua è patinosa, la dentatura è guasta, l'alito è fetido.

Nulla di notevole viene rilevato a carico degli organi toracici. Sul torace però è bene manifesta una rete venosa trasversale sulle regioni mammarie, più marcata su quella di destra. Le mammelle si presentano ingrossate, del volume di una piccola arancia, con areole pigmentate, con capezzolo prominente e dolente; questi caratteri sono più marcati nella mammella di destra. Con la palpazione si apprezza una consistenza duro-elastica e si percepisce una superficie irregolarmente bernoccoluta, indizio della sua costituzione lobulare. La spremitura sulle mammelle non dà esito alla fuoriuscita di liquido di sorta.

L'addome è simmetrico, globoso, teso, presenta la cicatrice ombelicale introflessa ed una discreta rete venosa superficiale; è indolente, dà suono timpanico ovunque.

Il fegato è leggermente ingrossato, deborda di due dita trasverse dalla arcata costale sul prolungamento dell'emiclaveare; la superficie palpabile liscia ed è di consistenza aumentata. Superiormente il margine arriva alla 6ª costa sulla emiclaveare destra; la milza è aumentata di volume, deborda di due dita traverse dall'arcata costale, superiormente tocca la 9ª costa sull'ascellare posteriore, anteriormente sta tra l'ascellare anteriore e la media; la consistenza è aumentata.

Gli organi genitali nulla presentano di speciale all'ispezione; alla palpazione invece si rileva che i testicoli sono ridotti considerevolmente di volume tanto che si possono paragonare a due piccole mandorle; hanno una consistenza superiore alla norma, quello di destra è più piccolo di quello di sinistra.

Le orine contengono traccie di albumina, indacano, urobilina, e nel sedimento ottenuto per centrifugazione urati amorfi.

La Wassermann è negativa.

Dopo un mese di degenza il paziente fu dimesso in discrete condizioni; fu rivisto poi ambulatoriamente altre due volte in condizioni pressochè identiche da quando uscì dalla Clinica.

I dati desunti dall'esame del paziente permettono di formulare la diagnosi di cirrosi epatica in stadio preascitico, ginecomastia vera, atrofia testicolare.

La ginecomastia vera maschile nel decorso della cirrosi epatica, come è il caso in esame, è un'evenienza tutt'altro che frequente. Silvestrini ne ha illustrato quattro casi; altri due ne ha fatti conoscere il Corda, ed a tutta prima verrebbe fatto di pensare che l'ipertrofia mammaria verificandosi nel decorso della cirrosi in questa si debba cercare la causa della prima. Ed in realtà il Silvestrini, che per primo aveva richiamato l'attenzione di questa concomitanza, non vede all'infuori della cirrosi epatica, la causa e, ritenuta insufficiente la stasi nelle vene mammarie a spiegare il fatto, è propenso a ritenere che alcuni materiali, arrivando direttamente alle mammelle, per il circolo collaterale, senza passare per il fegato e quindi non elaborati da quest'organo, possano eccitare gli elementi rudimentali della ghiandola provocandone l'ipertrofia.

In ultima analisi, accettando questa ipotesi del Silvestrini, si dovrebbe riconoscere che il fenomeno è in relazione al circolo collaterale vicariante delle vene ipogastriche mammarie per ostacolo della conduzione sanguigna portale.

Ora, se così fosse realmente, siccome è frequentissima questa via collaterale di scarico nell'ostruzione del circolo portale da cirrosi epatica, si dovrebbe osservare la ginecomastia se non in tutti i cirrotici del fegato, almeno in un numero molto rilevante, il che invece non è. Ed allora è logico ritenere che, pur ammettendo una certa relazione tra ginecomastia e cirrosi epatica (7 casi con l'attuale), il momento etiopatogenetico debba ricercarsi in qualche fattore che può, qualche volta, essere presente nella cirrosi epatica.

È noto che l'ipertrofia mammaria è frequente nell'ipoplasia ed atrofia testicolare.

Il Tobler, che si è occupato dell'argomento, ritiene che la ginecomastia suole essere la conseguenza di un'atrofia del testicolo, ed infatti pare che l'ingrossamento mammario sia frequente in seguito a castrazione nell'età adulta e negli eunucoidi.

Pende, nel suo trattato « Endocrinologia », riferisce il caso di Thomson nel quale la ginecomastia coincise con l'atrofia testicolare da causa traumatica, ed il Falta riconosce in una regressione delle ghiandole sessuali, una delle cause di ginecomastia nell'uomo e definisce come tipo di eunucoide tardivo quegli individui, nei quali, dopo essersi normalmente sviluppati anche dal lato sessuale, in seguito ad una regressione più o meno completa dei genitali e dei caratteri secondari del sesso, per fatti traumatici sui testicoli, o per sifilide, blenorragia, parotite, o per cause nocive di natura generale, ha luogo l'atrofia delle ghiandole sessuali e del pene, l'indebolimento e la cessazione dell'attività genitale ed un certo accumulo di grasso massimo attorno alle mammelle.

Ora tenendo presenti i rapporti enunciati dal Tobler e dagli altri autori, in seguito a larga osservazione, vien fatto di pensare se la gineco-

mastia nel corso della cirrosi epatica, non possa essere messa in relazione ad aplasia od ipoplasia testicolare; che frequentemente viene dato di osservare nella cirrosi e che esisteva nei casi di Corda ed in questo.

Nel caso mio i testicoli erano molto ridotti di volume; essi erano della grossezza di due piccole mandorle e come conseguenza di questo fatto, esisteva impotenza sessuale e perdita dell'istinto genesico.

Se queste due ultime conseguenze vanno di pari passo col processo atrofizzante dei testicoli, come è lecito supporre, possiamo dire che l'atrofia testicolare deve essere iniziata prima dell'ipertrofia mammaria, poichè, come risulta dalla storia, la perdita della funzione sessuale cominciò oltre un anno prima.

Quindi i fatti raccolti nel caso mio deporrebbero favorevolmente alla tesi avanzata che l'ipertrofia mammaria sia in relazione all'atrofia dei testicoli.

Esula dal compito prefissomi chiarire il meccanismo patogenetico del fatto osservato, (il caso, sotto questo riguardo, non potrebbe portare alcun contribuito) tutt'al più verrebbe fatto di chiederci perchè nella cirrosi epatica possa incontrarsi con una certa frequenza, come fatto concomitante, l'atrofia dei testicoli.

A questo proposito, pur non entrando in merito sul valore etiologico dell'alcool nella genesi della cirrosi epatica, debbo però osservare che nel caso in esame esistono i due processi morbosi: cirrosi ed alcoolismo. Ora è noto che l'alcoolismo viene considerato come un fattore dell'atrofia testicolare. Senza diffondermi maggiormente basterà accennare che il Bertholet ha rilevato un'atrofia più o meno completa con forte sclerosi e scomparsa di spermatozoidi negli organi sessuali degli alcoolisti nella proporzione dell'86 %.

Concludendo si può dire che questo caso porta un contributo positivo alla tesi che l'ipertrofia mammaria nella cirrosi epatica possa dipendere non dalla forma morbosa dominante (cirrosi), ma da una atrofia dei testicoli, atrofia la cui genesi è legata all'alcoolismo che è frequente nella cirrosi del fegato.

BIBLIOGRAFIA.

BERTHOLET. *Action de l'alcoolisme chronique sur les org. de l'homme*, ecc. I Vol. Edwing. Frankfurter-Lausanne 1913.

CORDA L. Minerva medica, 10 dicembre 1925.

FALTA. *Le malattie delle glandole sanguigne*. Soc. Ed. Libraria Mil. 1914.

PENDE. *Endocrinologia*, Vallardi 1924.

SILVESTRINI R. *La Diagnosi*, 1922-1923.

TOBLER. Sceweiz. Med. Woch., 1922, n. 17.

NOTE E CONTRIBUTI.

BREFOTROFIO - MATERNITÀ - SCUOLA D'OSTETRICIA DELLA PROVINCIA DI VERONA.
Direttore: prof. O. VIANA.

L'autoemoterapia nella cura degli eczemi dei lattanti

per il dott. G. ROI med. pediatra del Brefotrofio.

Sono ormai parecchi anni che i dermatologi hanno introdotto l'uso dell'autoemoterapia nella cura delle varie dermatosi.

Nel 1911 Mayer e Linser riferirono infatti i primi successi ottenuti con l'omosieroterapia in donne affette da herpes gestationis.

Nel 1913 Ravaut sostituisce all'omosieroterapia, l'autoemoterapia, ottenendo dei buoni successi, specialmente nelle forme cutanee pruriginose.

Tale terapia però entra nella pratica del dermatologo solo dopo il 1921, specialmente dopo che Nicolas, Gatè e Dupasquier riferirono su due casi di prurigo ribelle guariti con l'autoemoterapia.

I lavori più recenti su tale argomento sono: la tesi di Fausset, gli studi di Bussalai e Devoto, di Breda e di Castellino; per la parte pediatrica quello di Fornara e Artom e quello di Mazzeo.

Da tali lavori risulta come mediante l'iniezione di una certa quantità di sangue omologo si possa ottenere in moltissimi casi la guarigione, o un sensibile miglioramento, di dermatosi ribelli ad altri mezzi curativi.

Così Breda ottiene la guarigione in tre malati di pemfigo volgare; Bussalai e Devoto concludono il loro studio un po' meno entusiasticamente poichè i risultati da loro ottenuti non sono stati costanti, avendo avuto, in alcune forme morbose delle guarigioni, in altre (eczema volgare) risultati assai incerti.

Castellino avendo trattato 14 eczematosi, in 5 casi ha ottenuto la guarigione completa, in 3 la cura non portò nessun giovamento, e in 6 notevole miglioramento con tendenza alla guarigione.

In un caso di pemfigo il risultato fu nullo; buono invece in quattro casi di prurigo e assolutamente negativo in due di lebbra.

I risultati ottenuti nelle varie dermatosi infantili con l'uso dell'autoemoterapia sono anch'essi discordi: Mazzeo in 15 lattanti eczematosi trattati con l'autoemoterapia, in 9 casi ebbe a registrare completa guarigione e in 3 un miglioramento notevole.

All'opposto Fornara e Artom — usando l'autoemoterapia per via intradermica — in 18 casi di eczema ottennero risultati poco incoraggianti, mentre ottennero buoni risultati in casi di orti

caria, di edema di Quinque, di dermatite erpetiforme, di eresipela e di foruncolosi.

Questi AA. però, partendo dal concetto di una immunità istiogena della cute, di cui si è fatto banditore il Besredka, invece di usare la solita tecnica, cioè iniezione del sangue prelevato dalla vena nel cellulare sottocutaneo o nei muscoli del paziente, usarono iniettare il sangue nello spessore del derma in quantità di cc. 2 per seduta.

Mazzeo invece inietta il sangue estratto nei glutei, nella quantità di cc. 2-3 per volta; le iniezioni vengono eseguite a giorni alterni o 2 volte alla settimana.

Come si vede se i risultati ottenuti nella cura delle dermatosi infantili con l'autoemoterapia sono alquanto discordi, sono però tali da invogliare a tentare un tale genere di cura, inocua e facile, nelle affezioni cutanee dell'infanzia.

E chi sa quante volte gli eczemi diatesici dei lattanti siano ribelli alle più svariate cure e come appaiano deturpati i piccoli visi coperti da croste siero-ematiche, e a quale tortura soggiacciono i piccoli infermi tormentati dal prurito, che accompagna tali affezioni, comprenderà come il medico sia spinto a tentare tale terapia, in vero semplice e che può condurre a buoni risultati.

Avendo avuto occasione di curare alcuni lattanti affetti da eczema, in alcuni dei quali avevo invano usato dei più svariati mezzi terapeutici, ho voluto sperimentare tale mezzo curativo.

Il sangue veniva prelevato dalla giugulare esterna e, in qualche caso, quando questa non era visibile, dal seno longitudinale del paziente.

Il sangue senza subire nessuna manipolazione era tosto iniettato nei glutei.

Le iniezioni venivano praticate a giorni alterni.

Ho così trattato dieci bambini, tutti lattanti di età inferiore all'anno e affetti da eczema essudativo.

Nessun trattamento veniva eseguito durante la cura autoemoterapica. Dei dieci casi così trattati, in sei ho ottenuto la guarigione che è persistita, in 3 un notevole miglioramento, senza però ottenere la guarigione completa, in un caso il risultato fu nullo.

Ho trattato pure con la stessa terapia due casi di eresipela. In uno il risultato fu completamente negativo; nell'altro il risultato fu solo parziale, in quanto l'infezione eresipelatosa non appena fu iniziata l'autoemoterapia, cessò di progredire notandosi una tendenza alla regressione dei fatti infiammatori; fu necessario però per ottenere la guarigione ricorrere al siero antistreptococcico.

I risultati ottenuti nella cura degli eczemi possono dirsi nel complesso molto buoni.

In una bambina, di cui riporto le fotografie (fig. 1-2) prima dell'autoemoterapia ho voluto provare con iniezioni di sangue omologo. Con tale cura l'eczema è soltanto parzialmente regredito e, non appena si cessava dal trattamento, recidivava. Quando invece alle iniezioni di sangue omologo ho sostituite quelle con sangue del soggetto stesso, la guarigione è stata completa (fig. 2).

Per ottenere la guarigione, in generale, sono state necessarie 6-7 iniezioni: in qualche caso sono arrivato a praticarne 12.

Ho osservato che la quantità di sangue da iniettarsi ha un'influenza relativa sull'andamento della cura, tanto che ottimi risultati ho ottenuti con iniezioni di cc. 0.5-1 per seduta: ho anzi abbandonato l'uso di iniettare quantità maggiori.

In seguito alle prime iniezioni si costata la scomparsa del prurito e la caduta delle croste, che in qualche caso, si inizia già dopo la seconda iniezione: si può vedere allora il lenzuolo su cui poggia il capo il bambino cosparso di minute croste. Contemporaneamente si nota il regredire dell'infezione cutanea e il cessare di ogni secrezione di liquido sieroso.

Fig. 1. Fig. 2.

Nessun fatto anafilattico ho dovuto mai registrare.

Non mi dilungo ora a discutere per quale meccanismo agisca tale terapia.

Molto persuasive sono le conclusioni a cui, in proposito, giungono Bussalai e Devoto.

Dirò solo che non ritengo assolutamente possibile il pensare si tratti di vaccinazione, ma ritengo invece che il sangue iniettato agisca a guisa di eteroproteina, eteroproteina che ha in sè speciali proprietà desensibilizzanti per la cute.

BIBLIOGRAFIA.

BREDA. Giorn. It. Malatt. Veneree e della Pelle, vol. LXIV, pag. 563.
BUSSALAI e DEVOTO. Ibidem, vol. LXV, pag. 1270.
CASTELLINO. Riforma Medica, n. 5, 1925.
FAUSSET. Thèse de Paris, 1922.
FORNARA e ARTOM. Gaz. Osped. e Cliniche, 1925, n. 4.
MAZZEO. La Pediatria, 1925, p. 700.
NICOLAS, GATÈ, DUPASQUIER. Annuales de Dermat., 1922, n. 4.
NICOLAS, GATÈ, DUPASQUIER. Riunion biol. de Lyon, 1923.
WIDAL, ABBAMET, BRISSAUD. Presse Méd., 1921, n. 19.

SUNTI E RASSEGNE.

VIE URINARIE.

I disturbi della minzione nelle affezioni nervose.

(L. MEYERS. *Journal Nervous and Mental Disease*, ottobre 1926).

I disturbi della funzione vescicale dipendenti da lesioni del sistema nervoso centrale e specialmente del midollo spinale sono di due tipi: ritenzione ed incontinenza di urina. Il meccanismo di produzione di questi disturbi, che pur hanno un'importanza prognostica tanto grave, non è chiaramente conosciuto. Così non si sa se la ritenzione d'urina è determinata da difetto del potere di espulsione della vescica o da spasmo dello sfintere, e viceversa per quel che riguarda l'incontinenza. Nè sappiamo quale influenza abbiano i disordini sensitivi nella produzione di tali sintomi. Così nella tabe dorsale non sappiamo se la ritenzione o l'incontinenza è dovuta ad un difetto motorio della vescica, oppure alle alterazioni sensitive caratteristiche della malattia per cui il paziente non ha più la consapevolezza dello stato di distensione e di svuotamento della sua vescica.

La vescica e la porzione prossimale dell'uretra ricevono fibre nervose afferenti ed efferenti dal sistema centrale, dal simpatico e dal sistema autonomo o pelvico.

Le fibre del sistema nervoso centrale sono fornite dal pudendo interno, proveniente dal secondo, terzo e quarto segmento sacrale e che è il principale nervo della pelle e dei muscoli del perineo. Esso partecipa all'innervazione della vescica a mezzo di un ramo che si distribuisce allo sfintere esterno o volontario dell'uretra e di fibre sensitive che si distribuiscono alla mucosa.

Le fibre del simpatico provengono dal terzo, quarto e quinto segmento lombare e passando senz'interruzione attraverso i cordoni ganglionari raggiungono i gangli mesenterici, dove si ramificano e prendono contatto con nuove cellule gangliari, che costituiscono le cellule motrici del sistema simpatico, corrispondenti alle cellule motrici delle corna anteriori del midollo. Le fibre provenienti da queste cellule dei gangli mesenterici passano nel nervo ipogastrico, contribuiscono alla formazione del plesso pelvico ed infine si distribuiscono allo sfintere interno o involontario della vescica ed alla musculatura del trigone.

La vescica infine a mezzo dei nervi origentes riceve fibre dal sistema autonomo o parasimpatico, che, come il pudendo interno, hanno la loro origine nel secondo, terzo e quarto segmento sacrale. Dette fibre ramificandosi con i nervi ipogastrici del simpatico formano il plesso pelvico le cui fibre si continuano nella parete vescicale, dove si terminano in cellule gangliari, che sono le cellule motorie del detrusore.

Le sensazioni che vengono trasmesse a mezzo delle fibre dell'ultimo sistema sono provocate dalla tensione della parete vescicale: lo stiramento delle fibre muscolari si trasforma in uno stato di coscienza, in un senso di molestia o in vero dolore, che reagisce con l'espulsione dell'urina.

Budge, Giannuzzi, Langley, Anderson, Elliot e Barrington hanno dimostrato sperimentalmente che l'eccitazione dell'ipogastrico (sistema simpatico) provoca la contrazione dello sfintere interno, mentre l'eccitazione dei nervi origentes (sistema autonomo) provoca la contrazione della parete vescicale. Zeissl, Langley, Anderson e Stewart hanno dimostrato che l'eccitazione del simpatico insieme con la contrazione dello sfintere interno provoca un rilasciamento del detrusore, mentre l'eccitazione dell'autonomo oltre a provocare la contrazione del detrusore ha effetti inibitori sullo sfintere. Per modo che la vescica in riposo ed in azione è sotto l'influenza reciprocamente contrastante del simpatico e dell'autonomo pelvico. La vescica si mantiene in riposo fino a quando la tensione è moderata ed in tal caso predomina il simpatico, ma quando la tensione diventa eccessiva si ha un'azione selettiva sul sistema autonomo che prende il sopravvento e si ha la minzione. Per altri autori invece la minzione normale è un fatto essenzialmente volontario in conseguenza di una sensazione cosciente proveniente da eccitazione dell'uretra: quando la vescica è iperdistesa spinge alcune goccie d'urina nella porzione prossimale dell'uretra che ne eccita la mucosa, donde inibizione volontaria dello sfintere esterno e quindi minzione.

Nella ritenzione d'urina la vescica è incapace di espellere il suo contenuto, donde l'accumulo di esso in una quantità molto più grande della normale capacità dell'organo. L'ipertensione continua provoca nel paziente una molestissima sensazione. Insieme alla ritenzione si può avere talvolta una certa incontinenza, in quanto si ha di tanto in tanto fuoriuscita di piccole quantità di urina.

La ritenzione, con o senza incontinenza, è uno dei sintomi delle lesioni traumatiche del midollo spinale, siano esse gravi come quelle che portano alla totale sezione dell'organo o apparentemente leggere come le semplici ematomielie.

Nella tabe dorsale la ritenzione si verifica nel 45% dei casi, talvolta nel periodo iniziale e prima ancora che compaiono i disturbi pupillari.

Si può avere nei tumori midollari, quando hanno sede al disopra del cono. In tali casi la ritenzione, che può presentarsi improvvisamente, si ha solo dopo che sono state lese più o meno gravemente le vie sensitive, ossia le fibre che mettono in comunicazione la vescica con il cervello.

La ritenzione può persistere per mesi anche nei tumori del cono se sono esclusivamente o prevalentemente lese le zone sensitive e se v'è la caratteristica anestesia a sella ed anestesia della superficie posteriore delle gambe senza paralisi.

Nei casi nei quali il tumore invade i nuclei motori con paralisi flaccida degli arti e dei muscoli glutei e del perineo si può avere la così detta ritenzione passiva.

L'incontinenza passiva è generalmente il tipo terminale dei disturbi della vescica. Essa costituisce un sintoma costante della mielite transversa qualunque ne sia l'origine, traumatica o infettiva, e dei tumori che interessano tutta la sezione del midollo. Si manifesta rapidamente nelle lesioni della bassa cauda equina, nelle lesioni dei segmenti sacrali o delle fibre che ne provengono.

Un altro tipo di disturbo della vescica che suole seguire alla ritenzione è la così detta incontinenza attiva: la minzione si verifica spontaneamente, automaticamente ogni qual volta l'urina raccolta nella vescica raggiunge un certo volume, generalmente 100-300 cmc. L'urina fuoriesce a getto, ed il paziente è incapace d'iniziarlo e di arrestarlo e spesso non ne ha neppure la consapevolezza. Qualche volta tuttavia avverte la distensione della vescica per la pressione da questa esercitata sulla parete addominale, e così può procedere alla minzione ad intervalli più o meno regolari.

La incontinenza attiva può verificarsi nella sezione completa del midollo, e nelle lesioni della cauda e del cono.

Head, Riddoch, Hunter attribuiscono la ritenzione da lesioni midollari ad iperazione dello sfintere interno. Gowers identifica l'iperazione dello sfintere esterno o volontario all'iperattività dei muscoli volontari in seguito a lesione delle vie piramidali. Queste ipotesi sono contraddette da parecchi fatti e perciò non sono accettate da tutti.

L'A. ritiene che i disturbi della vescica nelle lesioni midollari sono in primo tempo prodotti da inazione del detrusore attraverso la paralisi del sistema autonomo pelvico, e che la natura del disturbo è determinata dalla condizione dello strato muscolare sul quale poggia la vescica. Immediatamente dopo una lesione midollare la musculatura del perineo è tonica e continua ad agire come un solido sostegno per gli organi pelvici e quindi anche per l'uretra. Quando per effetto della paralisi del detrusore l'urina si raccoglie nella vescica, essa non può fuoriuscire, non perchè vi si oppone la contrazione degli sfinteri, ma perchè l'uretra è compressa tra il peso della vescica ripiena ed il pavimento perineale.

Più tardi, quando con la continuazione della paralisi la musculatura del perineo diventa flaccida e rilasciata, il pavimento pelvico cessa di esercitare i suoi effetti sull'uretra, ed allora l'urina fuoriesce dapprima come incontinenza del superfluo e poi come incontinenza passiva. Quest'ultima si presenta rapidamente nelle lesioni del cono e della cauda, lesioni che coinvolgono anche il pudendo interno, perchè la paralisi flaccida dei muscoli del perineo si stabilisce fin dal primo momento.

Si spiegherebbe così perchè l'incontinenza attiva o automatica è rara nelle lesioni del cono e della cauda equina. In queste lesioni i gangli della paralisi vescicale continuano ad agire indipendentemente dalla lesione spinale, ed alla fuoriuscita dell'urina non si oppone alcun ostacolo. E nelle lesioni del cono e della cauda i muscoli perineali diventano subito paralitici e quindi non esercitano alcuna compressione sull'uretra.

Inoltre la teoria spiegherebbe la frequenza dell'incontinenza nel primo stadio della tabe. È ben noto come il processo degenerativo in questa malattia colpisca la tonicità dei muscoli striati e quindi anche della musculatura del perineo. Perciò l'incontinenza non sarebbe dovuta a disturbi sensitivi della vescica ma a mancanza di tono, a flaccidità del pavimento pelvico, che consentirebbe la libera fuoriuscita del contenuto vescicale.

Tale interpretazione dei disordini della minzione di origine nervosa coinciderebbe anche con la scarsa importanza che ha il simpatico con la funzione vescicale. Barrington ha in effetti dimostrato che nelle circostanze ordinarie la vescica è completamente controllata dal sistema nervoso autonomo pelvico, mentre il simpatico entra in giuoco solo per determinare la contrazione dello sfintere nel momento dell'eiaculazione allo scopo d'impedire il passaggio dello sperma in vescica.

DR.

La ritenzione di orina post-operatoria considerata come un sintoma di una spasmofilia post-operatoria generale, e il suo trattamento con sostanze acide.

(JALCOWITZ. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* Vol. XL, fasc. 1).

Ikoma per il primo studiò sperimentalmente l'azione del potassio come cura nello spasmo dello sfintere vescicale provocato colla morfina.

Tale cura passò nella pratica e fu usato l'acetato di potassio, nell'idea che la ritenzione post-operatoria di orina fosse dovuta alla morfina. L'A. in 100 osservazioni circa, ha avuto molti insuccessi da questo metodo. Egli non crede che la ritenzione debba riferirsi all'azione della morfina poichè si osserva solo nel 5 % circa degli operati, e inoltre si prolunga per un tempo troppo lungo, per potere ammettere una così prolungata azione della morfina. Inoltre spesso si osserva in casi nei quali la morfina non fu usata, e non si ha mai quando si usi la morfina anche a alte dosi in pazienti che non vengono sottoposti a interventi. L'A. ricorda un suo precedente lavoro nel quale avrebbe dimostrato una spasmofilia post-operatoria di tutto il sistema neuro-muscolare dovuto a uno spostamento dell'equilibrio acido-alcalino, causato dall'assorbimento dei prodotti di disintegrazione cellulare. Tale squilibrio è soggetto a notevolissime variazioni individuali. Considera il crampo dello sfintere vescicale come facente parte di questa sindrome spasmofilica. L'A. ha studiato anche la presenza del riflesso di Chvostek negli operati della Clinica di v. Eiselsberg e l'ha trovato presente nell'8 % dei casi. Il decorso della presenza di questo riflesso è simile a quello della ritenzione di orina e l'A. ritenendolo un segno di aumentata eccitabilità neuro-muscolare ne fa appunto un fenomeno parallelo alla ritenzione che si ha appunto nel 5 % dei casi. Naturalmente nei casi nei quali la ritenzione si ha dopo interventi diretti su strutture limitrofe al collo vescicale tale fatto deve interpretarsi come dovuto a diretta stimolazione.

Un'altra modalità di ritenzione è quella dovuta a fattori puramente psichici, per i quali si ha un disturbo nella coordinazione dell'azione antagonistica del detrusore e dello sfintere. I malati, sono in ritenzione, e si devono cateterizzare, quando la vescica sta almeno 4 dita al disopra della sinfisi pubica e si lamentano di stimolo intenso, difficilmente questa condizione di cose viene raggiunta prima che siano passate 36 ore dall'intervento.

Per ristabilire l'equilibrio alcalino nei casi di ritenzione spasmogena l'A. ha usato il cloruro di ammonio. Ha potuto dimostrare sperimentalmente che questa sostanza è capace di produrre una variazione della tensione dell'anidride carbonica del sangue. Su 23 casi ha ottenuto la minzione spontanea in 20 cioè nell'87 %, quando tutti gli altri mezzi che comunemente vengono usati erano falliti. Dopo 12-24 ore se il malato non orinava spontaneamente e la vescica appariva ripiena venivano somministrati 2,0 grammi della sostanza per os, o una quantità doppia per via rettale. La dosi si ripeteva ogni ora e dopo 1-2, 3-4 ore al massimo i malati orinavano spontaneamente. Non è consigliabile di sorpassare la dose di 10 gr.

MANFREDO ASCOLI.

ENDOCRINOLOGIA.

Sul morbo di Basedow e sui risultati del suo trattamento operativo dell'ospedale di Drammen.

(BRODERSEN e HARBITZ. *Acta Chir. Scand.*, vol. LXI, fasc. II-III, 1926).

Gli AA. hanno riesaminato 132 casi di morbo di Basedow (101 casi di gozzo esoftalmico e 31 di gozzi adenomatosi con ipertiroidismo) operati dal dott. Lied nell'Ospedale di Drammen negli anni 1921-24. La maggior parte avevano subito operazioni radicali in una sola seduta in anestesia paravertebrale e locale. L'operazione nella sua forma tipica era consistita nella quasi completa asportazione del lobo destro, dell'istmo e di una parte del lobo sinistro, veniva sempre risparmiato l'estremità superiore di questo. I risultati in 87 casi di gozzo esoftalmico così trattati sono stati i seguenti: guariti 87.4 %, migliorati 11.5 %, peggiorati (un caso) 1.1 %. Tre malati presentarono sintomi molto dubbi per una recidiva, mentre in due di essi la recidiva era molto probabile. Gli AA. credono di poter affermare che i risultati di interventi meno radicali, sono stati meno buoni e sopratutto meno definitivi, e i rischi di recidiva molto maggiori. I malati riesaminati erano stati operati da un periodo di tempo variabile da 1 a 4 anni. Dei 31 malati operati per gozzo adenomatoso con ipertiroidismo, 29 erano guariti. Gli AA. esaminano molto dettagliatamente gli effetti dell'operazione sui diversi sintomi, sull'esoftalmo, sui tremori, sull'insonnia, sui disturbi nervosi e psichici, e sulle condizioni del polso e del cuore. Riferiscono di tre casi nei quali un cuore evidentemente ingrossato, diminuì notevolmente di volume dopo l'operazione. La riduzione nel numero dei battiti cardiaci è stata in media di 31 pulsazioni, l'aumento medio del peso del corpo è stato di 7.9 kg. Esaminano anche le questioni delle mestruazioni e delle gravidanze nelle malate da loro esaminate. Sette di queste malate in un periodo di 1 a 3 anni dopo l'operazione hanno avuto gravidanze normali seguite da parto a termine senza che si sia presentato nessun segno da far pensare a una recidiva. La reazione post-operatoria non sembra agli AA. molto nettamente in relazione con la gravità del caso, tanto che essi non credono che questa reazione dipenda in alcun modo dall'assorbimento del secreto tiroideo durante e dopo l'intervento.

Gli interventi furono in tre casi complicati da gravi emorragie. Dopo l'operazione in un caso si ebbe probabilmente una bronco-polmonite, sintomi di tetania in due casi, collasso con cianosi e ittero di breve durata in uno, in uno modificazione della voce che permase poche settimane e poi scomparve, una volta sola anche fu osservata una esacerbazione delle condizioni mentali. Mai osservarono segni di mixedema. Mortalità nulla.

M. ASCOLI.

Tumori maligni della tiroide.

(E. H. POOL. *Ann. of Surgery*, gennaio 1927).

Negli ultimi anni sono stati osservati nel New York Hospital 16 tumori maligni della tiroide, di cui 14 carcinomi e 2 linfosarcomi.

Dei 14 carcinomi 5 morirono entro i primi 8 mesi, e 3 dopo 3 anni, 2 dopo due anni; una morte operatoria; 3 apparentemente bene, ma operati da meno di un anno. I due linfosarcomi morirono 8 mesi dopo l'operazione.

Non è sempre facile affermare se un gozzo è maligno. Il concetto di malignità è riferito di solito al tipo embrionale delle cellule, alla rapidità dell'accrescimento, all'infiltrazione dei tessuti vicini, alla tendenza a dare metastasi o recidive locali. Questi criteri non possono senz'altro essere applicati ai tumori maligni della tiroide. Anche le varie classificazioni dei carcinomi della tiroide sono piuttosto artificiali.

I carcinomi della tiroide possono sorgere nel parenchima tiroideo normale; in un adenoma; nel tessuto tiroideo aberrante. I primi possono presentarsi, o come una infiltrazione irregolare, o come adeno-carcinomi semplici o papillari. Essi invadono gradualmente tutta, o buona parte della ghiandola, infiltrano la capsula e le strutture adiacenti, specialmente la trachea. Le metastasi si hanno quasi sempre per via linfatica.

I carcinomi originantisi in un adenoma tiroideo sono stati specialmente studiati in questi ultimi tempi. Dal fatto che anche in adenomi semplici possono osservarsi cordoni cellulari a tipo irregolare appare evidente come sia difficile stabilire il criterio di malignità dal solo punto di vista istologico. In una data percentuale di casi l'inizio di un epitelioma in un adenoma può essere riconosciuto microscopicamente dalla morfologia e dall'ordinamento delle cellule; ma queste caratteristiche possono essere solo limitate ad alcuni punti del tumore.

Graham sostiene che i caratteri morfologici delle cellule e del tessuto non sono sufficienti per permettere la diagnosi di malignità di un tumore tiroideo. Un indice quasi costante di malignità sarebbe invece l'invasione dei vasi sanguigni. L'A. crede che questo ultimo criterio abbia scarsa importanza pratica dal punto di vista chirurgico, dato che per riscontrare questa invasione è necessario uno studio istologico accurato.

Nella Clinica Mayo fu riscontrata nel periodo dal 1910 al 1916 una percentuale dell'1,6 % di cancri su tutti i gozzi operati (ad eccezione degli esoftalmici). Nel 90 % dei casi di epiteliomi della tiroide preesisteva un adenoma. L'A. pur ammettendo che epiteliomi sorgano assai spesso sulla base di adenomi, non crede che la proporzione sopradetta possa essere così facilmente determinata. E ricorda a questo proposito la discussione, non ancora chiusa, sulla realtà dei gozzi metastatici benigni.

Per ciò che riguarda le metastasi, la diffusione per via linfatica è più frequente nei tumori che derivano da una tiroide normale, quella sanguigna negli epiteliomi sorti su adenomi. Le metastasi ossee sono le più frequenti e possono essere multiple o solitarie. In alcuni casi il focolaio primitivo è latente, e la metastasi domina il quadro clinico. Secondo Eiselsberg le metastasi tiroidee possono conservare la loro capacità di funzione.

La diagnosi precoce dei carcinomi della tiroide, specialmente di quelli sorti su adenomi, è assai difficile. Balfour dice che nella serie della Mayo Clinic essa fu fatta solo nel 18 % dei casi. Quando il tumore dà sintomi di sè (crescita rapida, superficie irregolare, consistenza dura, sintomi di compressione ecc.), tanto che la diagnosi diventa sicura, l'efficacia del trattamento chirurgico diventa assai problematica.

Si può dire anzi che la vera indicazione all'intervento è data dal sospetto di malignità, mentre quando la neoplasia ha penetrato la capsula della tiroide ed invaso i tessuti vicini i risultati dell'operazione sono molto sconfortanti. Se la lesione è limitata ad un lobo (tanto più se la diagnosi di epitelioma non è sicura) si eseguirà una lobectomia. Se invece la diagnosi è sicura e ambedue i lobi sono presi, si sarà costretti ad eseguire una tiroidectomia totale con tutti i rischi che questo atto operativo porta con sè. Le idee dei vari chirurgi, sulla opportunità o meno di praticare una tiroidectomia totale, variano. Per quanto riguarda i risultati operatori l'A. riporta, oltre i suoi, anche quelli di Balfour, che ebbe il 65 % di mortalità post-operatoria. La maggior parte delle guarigioni durate un certo periodo di tempo si ebbero in quei casi in cui la diagnosi di epitelioma non era stata fatta prima dell'operazione.

Pare che i tumori maligni della tiroide siano notevolmente sensibili ai raggi X. Dato questo e i risultati della cura chirurgica, si può concludere

che l'intervento è da rifiutarsi nei casi in cui la diagnosi di carcinoma è clinicamente sicura.

I sarcomi della tiroide sono certamente rari, ma non si può per questo affermare, come fa Ewing, che essi non sono stati mai constatati con certezza. De Quervain ammette nella tiroide tutte le varietà dei sarcomi.

A. CHIASSERINI.

Indicazioni delle legature delle arterie tiroidee nel trattamento del gozzo.

(WELTI. *La Presse Méd.*, n. 2, 5 genn. 1927, p. 19).

L'A. riconosce che la tiroidectomia è l'unico atto chirurgico razionale, con l'ablazione di tiroide tanto più estesa quanto è più marcata la secrezione tossica del tessuto glandolare. Per provenire i pericoli di tale intervento, anche se fatto in parecchie sedute operatorie, trova la sua indicazione la legatura preventiva (anche 2 mesi prima della tiroidectomia) delle arterie tiroidee. A ciò sono dovuti i risultati operatorii di Crile con l'1 % di mortalità negli operati del 1926. Ciò si impone specie nei casi gravi.

L'A. suggerisce di tener conto per giudicare della gravità dei casi:

1) *Della natura del gozzo*: più benigni gli adenomi basedowificati, gravissimi invece i gozzi diffusi parenchimatosi;

2) *Dell'età degli ammalati*: osservandosi le reazioni più intense dopo tiroidectomia nei ragazzi e nei vecchi: negli adulti tale intervento è meglio tollerato;

3) *L'attività del gozzo*: in base al metabolismo basale, e principalmente giudicando del giudizio clinico, specie basato sul dimagrimento o su deficienza grave del miocardio con asistolia, sulla secchezza della cute, o sull'assenza di riposo. Gran valore hanno le condizioni morali dell'ammalato. Sarà pertanto indicata la legatura quando le condizioni dell'ammalato fanno sospettare delle reazioni gravi post-operatorie.

Il metodo di scelta è la legatura delle arterie tiroidee superiori, a contatto col polo superiore corrispondente; con essa si interrompe il peduncolo nervoso che accompagna l'arteria.

JURA.

ORGANI EMOPOIETICI.

Influenza della milza e del reticolo endoteliale sull'azoto del sangue.

PONTICACCIA, CAMPANACCI e ISALBERTI. (*Giornale di Clinica Medica*, 31 dicembre 1926).

Le opinioni degli AA. sulla influenza della milza sul ricambio sono ancora ben lontane dall'accordo: alcuni ritengono che la milza influisca sul ricambio degli animali, altri negano questa azione. Partendo dai recenti studi sul reticolo-endotelio gli AA. hanno cercato di stabilire quale influenza la milza ed il reticolo esercitassero sull'azoto sanguigno; ed essi hanno notato che negli animali splenectomizzati nel siero di sangue si nota costantemente una diminuzione lieve dell'azoto totale, dell'azoto residuo e dell'azoto amminico ed una diminuzione notevole dell'azoto ureico e l'acido urico. Queste modificazioni si accompagnano a dimagramento e ad anemia e durano in genere due o tre mesi dopo di che con l'aumento del peso ed il migliorare della sanguificazione scompaiono. Il blocco del reticolo endotelio ottenuto mediante saccarato ossido di ferro provoca alcune lievi modificazioni le quali per l'azoto totale decorrono nel senso di quelle provocate dalla splenectomia, per l'azoto ureico e per l'azoto residuo si svolgono in senso antagonistico; sicchè sotto questo riguardo blocco e splenectomia funzionalmente non si equivalgono. L'azoto ureico, l'azoto amminico e l'acido urico si riscontrano più abbondanti nella vena splenica che negli altri territori vascolari. Probabilmente le lievi ma costanti modificazioni in diminuzione delle proteine del siero, se pure in parte sono causate dalle condizioni sperimentali, in parte maggiore sono il riflesso dell'anemia, della idremia e del dimagramento che la asportazione della milza produce temporaneamente, e la notevole diminuzione dell'azoto ureico e dell'acido urico debbono spiegarsi con l'assenza della funzione emoleucocateretica splenica. Sarebbe peranco possibile pensare ad una autonoma funzione ureogenica della milza.

PALLADINI.

Importanza del volume dei corpuscoli sanguigni nel quadro ematologico.

(BESSIN, *Münch. Med. Woch.* 1927, n. 9).

L'A. con la tecnica di Böuniger (consistente nella prolungata e veloce centrifugazione del sangue reso incoagulabile con aggiunta di irudina) ha studiato il volume totale dei corpuscoli del sangue (V C), in rapporto al tasso di emoglobina e al numero dei corpuscoli stessi.

Il volume medio della sostanza di cui son composti i corpuscoli sanguigni è stabilito a una cifra di circa 41 % del volume totale del sangue nell'individuo normale.

In anemie di differenti cause, con tasso di emoglobina sui 40-45 % e numero di eritrociti da 1.400.000 a 3.800.000, il volume dei corpuscoli del sangue si aggirò intorno a 16-20-29 %.

In tre casi di anemia perniciosa, nei quali si ebbe l'exitus dopo 8-10 giorni, il VC era di 6.3-6.58 %.

In un caso di policitemia, con Hb 100 e G. R. 6.420.000, il VC era di 62.5 %.

Però spesso il VC non corrisponde al numero dei G. R., ma vi sono scarti notevoli, e questo forse a causa della imperfezione dei metodi di conteggio dei G. R. ed anche a causa delle differenze di volume tra i singoli G. R. Questo utimo fatto può talora essere utilizzato nella diagnosi differenziale tra anemia secondaria e anemia perniciosa, tenendo presente che in questa i singoli G. R. hanno maggior volume che in quella.

Minore importanza ha il VC rispetto al numero dei leucociti, le variazioni dei quali lo modificano di poco.

Invece il contenuto di emoglobina sta in rapporto diretto e più costante col VC.

Ad un maggior valore di emoglobina corrispon de un VC maggiore, e viceversa.

Da quanto precede si vede l'utilità di associare agli altri consueti questo metodo di ricerca, per la diagnosi delle malattie del sangue.

GARRONE.

Comportamemto del sangue materno e paterno rispetto a quello dei figli dal punto di vista della agglutinazione e dell'emolisi.

(V. DOGLIOTTI. *La Clinica Chirurgica*, sett. 1926).

Riportandosi ad incidenti avvenuti in alcune trasfusioni sanguigne nelle quali la causa non era riferibile che ad incompatibilità individuale del sangue del donatore e del ricettore, benchè si fosse ottenuta l'identità di gruppo, l'A. ha portato un buon numero di ricerche sul comportamento del sangue paterno e materno rispetto a quello dei figli nei riguardi della agglutinazione.

Ha scelto a bella posta per le sue esperienze sangue di neonato o di bambino in vista del grande impiego della trasfusione sanguigna in pediatria.

Le conclusioni cui giunge l'A. sono le seguenti:

1) il siero di neonato non agglutina nè emolizza i globuli rossi materni, nè paterni;

2) il siero di neonato non agglutina nè emolizza i globuli rossi di un individuo qualsiasi;

3) il siero materno o paterno in alcuni casi emolizza ed agglutina i globuli rossi di neonato;

4) il siero di un individuo qualsiasi agglutina ed emolizza in alcuni casi i globuli rossi del neonato;

5) i fenomeni di emolisi e di agglutinazione si comportano in modo parallelo.

Consimili esperienze condotte su bambini danno il seguente risultato:

1) il siero del bambino non emolizza e non agglutina le emazie della madre;

2) il siero del bambino può agglutinare ed emolizzare le emazie di una donna qualsiasi;

3) il siero materno agglutina ed emolizza in alcuni casi le emazie del proprio bambino;

4) il siero di una donna qualsiasi emolizza ed agglutina i globuli rossi di un bambino qualsiasi.

FILIPPA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. INDRI. *Per la salute degli Operai*, con prefazione di S. E. Benito Mussolini. Un vol. in-6° di pag. 282, riccamente illustrato. A cura della Cassa Nazionale per le Assicuraz. Sociali, 1927.

Questo volume, che si fregia di una lampante prefazione del Duce redatta con quella schiettezza ed efficacia di stile che sono sue doti, attesta come il soffio potente ed animatore dei tempi nuovi investa anche l'assistenza sociale nel campo sanitario.

Una verità balza dal volume con eloquente evidenza: si provvede con ardore d'iniziative, con serietà e sincerità d'intendimenti, a moltiplicare le provvidenze assistenziali destinate ad accrescere l'efficienza della razza.

L'Indri descrive le provvidenze attuate o in corso di attuazione da parte della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, da lui presieduta, sotto gli auspici e la bandiera del regime, a favore degli operai assicurati: i convalescenziari di Asso, Salviatino, Camerlata, Mussolinia, capaci ognuno di 100-200 letti; le stazioni di cura di Battaglia, Salsomaggiore, Sirmione, Pellestrina, Castellammare di Stabia. Un'azione intensiva s'intende di svolgere contro il tracoma. Dai dati statistici riassuntivi risulta che nei convalescenziari hanno beneficato di cure e di riposo 2965 lavoratori, con circa 50.000 giornate di ricovero; che gli assistiti assommano a circa 50.000 e le cure specifiche praticate a circa 24,000: sono cifre di per se stesse molto eloquenti. In un prossimo avvenire queste cifre verranno moltiplicate, l'assistenza verrà estesa a tutte le regioni d'Italia, diverrà più complessa e più varia.

Lo stile dell'Indri è sobrio, chiaro, incisivo; il libro è copiosamente corredato d'incisioni documentative; l'edizione è magnifica.

Il volume — afferma il Duce — è destinato ad avere un imponente numero di lettori. Egli lo raccomanda agli studiosi e indagatori di problemi sociali, ai datori di lavoro e prestatori d'opera, ed anche agli antifascisti in buona e cattiva fede.

Esso costituisce un'eloquente dimostrazione dei

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

propositi del regime diretti a riconoscere e tutelare i diritti del lavoro nelle persone dei lavoratori.

L. VERNEY.

Hygiène du Travail. Encyclopédie d'hygiène, de pathologie et d'assistance sociale, envisagées au point de vue du travail, de l'industrie et des professions. Si pubblica in fascicoli in 8°. Genève. Prezzo dell'opera completa Franchi svizzeri 40 (L. 120).

Segnaliamo ai lettori questa importante pubblicazione del Bureau international du travail della Società delle nazioni, che ha la sua sede a Ginevra. Essa ha per scopo di riunire la documentazione esistente nei differenti paesi sui lavori che debbono essere considerati come insalubri.

L'opera considera tre grandi gruppi di questioni: 1) il lavoro; 2) il lavoratore; 3) l'ambiente di lavoro. Il lavoro è analizzato nei suoi elementi (materie prime, industrie, professioni, cause di danno chimiche, biologiche ed altre). Il lavoratore è studiato nei suoi rapporti con i prodotti e con l'ambiente. Quest'ultimo è oggetto di studî d'insieme sull'aria, i locali, il riscaldamento, le polveri, l'umidificazione, le installazioni sanitarie, ecc. Non pochi articoli sono illustrati da figure, disegni e tutti sono accompagnati da una bibliografia delle referenze più importanti.

Parecchi sono i collaboratori italiani; primo fra tutti per il numero delle monografie redatte L. Carozzi, dello stesso Bureau international du travail. Fra gli altri studiosi del lavoro e collaboratori, citiamo L. Devoto, L. Ferrannini, C. Biondi, A. Mori, O. Ottolenghi, A. Sclavo, A. Ranelletti ed altri. Fra gli stranieri sono i nomi di Agasse-Lafont, Engel, Hayhurst, Jellinek, Kohn-Abrest, Teleky e molti altri.

Bene adatto è il titolo di « Enciclopedia del lavoro » dato a quest'opera che non deve mancare a nessuno studioso della patologia e dell'igiene del lavoro. I fascicoli vengono inviati gratuitamente agli abbonati delle pubblicazioni del « Bureau ». Alla fine verrà ristampata in volume.

fil.

Atti del VI Congresso di Medicina del lavoro (Malattie professionali) Un vol. in 8° di 585 pag. Tip. C. Bertotti, Venezia 1926.

Sono qui riunite tutte le relazioni e le comunicazioni svolte al Congresso tenutosi a Venezia nel giugno 1924. Tra le prime si trovano quelle di L. Preti su « Le intossicazioni professionali per via inalatoria », di G. Y. Giglioli su « Nuove conquiste e nuovi orizzonti della medicina del lavoro », di A. Donaggio su « Effetti psichici del lavoro macchinale », di A. Cevidalli su « Effetti del lavoro uniforme e monotono sull'organismo umano », ed altre diverse sui problemi dell'assicurazione.

Numerose le comunicazioni su argomenti diversi di patologia del lavoro.

fil.

G. MORPURGO. *Istruzioni per il controllo chimico-igienico delle bevande e degli alimenti ad uso dei medici di bordo*. Un vol. in 16° di 79 pag. Tip. Caprin. Trieste, 1926.

Il piccolo libro è utile come guida ai medici di bordo, i quali, durante il viaggio, hanno il compito di controllare le acque potabili, le sostanze alimentari e le bevande destinate al consumo, e può anche servire per la preparazione agli esami per medico di bordo.

fil

A. BARTOLUCCI. *Polizia sanitaria veterinaria*. Un vol. in-8° di 659 pag. Unione tip. editrice, Torino. Prezzo L. 45.

La polizia sanitaria veterinaria ha assunto in questi ultimi tempi grande importanza sia per la conservazione del nostro patrimonio zootecnico, sia per le interferenze che essa ha con i vari servizi di igiene e sanità pubblica.

L'A. che è un alto funzionario della Direzione Generale della Sanità pubblica ed ha al suo attivo numerose pubblicazioni di indole scientifica, pratica e professionale, offre con questo libro una guida sicura per chi si occupa dell'argomento.

L'opera è divisa in tre parti. Nella prima sono esposti i principî fondamentali della polizia sanitaria veterinaria; nella seconda i provvedimenti da prendere per ciascuna delle malattie contemplate dal Regolamento di polizia veterinaria, con un particolare richiamo per le zoonosi; nella terza parte infine troviamo il quadro completo dell'organizzazione del servizio sanitario del Regno. Nella prima parte si trovano altresì alcuni brevi capitoli sul controllo igienico della carne e del latte in quanto esso possa interessare la profilassi delle malattie infettive. In appendice si trovano alcuni cenni sull'organizzazione dei servizî zootecnici.

La trattazione è ampia e completa, quale poteva essere fatta da chi, oltre a conoscere a fondo l'argomento, sa a prova le difficoltà che s'incontrano nella pratica. Le disposizioni legislative sono riportate per intero. La consultazione di questo libro sarà assai utile, oltre ai veterinari ed a chi si interessa dell'allevamento del bestiame, agli Ufficiali Sanitari che vi troveranno opportunamente svolti gli argomenti sulle malattie infettive degli animali, la vigilanza sui prodotti alimentari animali, i macelli ecc.

fil.

BENEMERITI DELLA MEDICINA.

Carlo Gabriele Pravaz.

Il nome di Pravaz è noto quasi unicamente per la siringa usata per le iniezioni; egli fu un distinto medico che lasciò notevoli tracce della sua attività e del suo ingegno. Nato il 24 marzo 1791 a Pont de Beauvoisin (tra la Savoia ed il Delfinato), ebbe per primo maestro suo padre che era pure medico e poi due zii, un benedettino ed un gesuita. Studiò dapprima matematica ed ottenne anche una cattedra di questa scienza al Collegio della città nativa. Fu poi ufficiale e combattè nel 1814 presso Parigi, per opporsi agli invasori. Disgustato poi della guerra, si inscrisse, a Parigi, alla Facoltà di medicina e veniva laureato nel 1824, a 33 anni, con una tesi sulla tisi laringea, per la quale ebbe le lodi di Trousseau.

Durante i primi anni di esercizio professionale, pubblicò una serie di articoli sull'emianopsia e si dedicò poi all'ortopedia, scienza che nasceva allora in Germania. In questo campo, affermò per il primo l'esistenza di cause dinamiche nella genesi della scoliosi ed ideò un metodo di cura delle lussazioni congenite dell'anca, su cui scrisse anche un grande Trattato e ne ebbe un premio e la Croce della Legion d'Onore. Per la cura degli aneurismi, egli pensò dapprima ad un'elettrocoagulazione, poi preferì usare un mezzo chimico, il percloruro di ferro e fu per questo metodo di cura che ideò la sua siringa, che fece costruire da Charrière nel 1852.

Di questo primo strumento si conserva tuttora il modello. Esso è in argento, perchè si credeva che i metalli che non arrugginiscono non dessero infezioni, ha la capacità di 1 cmc. Lo stantuffo avanza nel corpo avvitandosi nel fondo e solo in séguito fu fatto scorrevole. Alla siringa si adattarono dapprima dei trequarti finissimi, con mandrino molto appuntito.

Il metodo di cura degli aneurismi sollevò molte discussioni; frattanto il Pravaz moriva all'età di 63 anni nel 1853.

Il modello originale della siringa subì poi delle successive modificazioni, sostituendo anzitutto gli aghi cavi ai trequarti ed introducendovi delle parti in vetro finchè, nel 1895, un soffiatore in vetro, Fournier, costruì la prima siringa tutta in vetro.

La siringa di Pravaz fu poi introdotta nell'uso terapeutico generale dallo scozzese Wood, con le iniezioni sottocutanee di morfina ed atropina nelle nevralgie ribelli.

fil.

Filippo Karell.

Nello scorso dicembre ricorreva il 120° anniversario della nascita di Filippo Karell, che vide la luce a Reval, in Estonia, il 10 dicembre 1806.

Originario da una famiglia di contadini, si laureò in medicina nel 1832 a Dorpat, con una tesi intitolata: « De rheumatismo uteri ». Fu poi medico militare in Russia ed in séguito medico di fiducia di Nicola I e di Alessandro II. Venne incaricato di studiare il metodo di litotripsia dell'olandese Heurteloup, e su questo argomento pubblicò uno studio.

Fu il primo a diffondere in Russia l'uso della fasciatura amidata nelle fratture. Il suo nome è specialmente noto per la cura lattea, da lui introdotta in terapia, per le malattie del cuore, dei reni, del fegato, dello stomaco e nell'obesità.

Fu legato da lunga e stretta amicizia con Pirogov. Morì il 30 agosto 1886. È considerato come il più grande medico estone.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Medici-Chirurgi Specialisti di Palermo.

Seduta dell'8 aprile 1927.

Presidenza: prof. TEBALDO CIMINO, presidente.

Radioterapia degli epiteliomi cutanei

Prof. L. PHILIPPSON. — L'O. comincia col dichiarare che, ai fini della radioterapia, sono da distinguersi nei processi neoplastici epiteliali cutanei due forme morbose: un processo neoplastico epiteliale superficiale ed uno profondo. Nel primo sono comprese le varie forme di epiteliomi cutanei; il secondo corrisponde al cancro tipico, la cui terapia rientra in quella dei cancri in genere. Parlerà solo della prima forma.

Il processo neoplastico superficiale epiteliale conduce molto lentamente alla formazione di noduletti sporgenti che confluendo formano rialzi pianeggianti. L'accrescimento può anche arrestarsi e seguire involuzione e scomparsa. L'O. descrive i varî stadi di sviluppo dell'epitelioma cutaneo superficiale, di cui mette in rilievo il lentissimo decorso abituale e la tendenza alla diffusione in superficie che lo caratterizza; ma che a lungo andare — se trascurato o mal curato — può anche approfondirsi e invadere le ossa e le cartilagini, come talvolta si vede, alla fronte, al padiglione dell'orecchio, all'occhio e al naso. Anche in queste contingenze non determina metastasi nelle glandole prossimiori.

La radioterapia dello epitelioma cutaneo superficiale ha una esperienza di circa trent'anni, è

cioè di molto anteriore a quella dei cancri, applicata solo da un decennio, colla radioterapia profonda.

L'O. descrive il meccanismo di azione dei raggi X sul tessuto neoplastico; azione che si palesa nella involuzione del neoplasma sino alla sua totale scomparsa. Non si osserva tessuto necrotico che forma escara e questo distingue in modo caratteristico l'azione dei raggi da quella delle sostanze caustiche e necrotizzanti usate in genere per la distruzione dei tessuti patologici. L'uso pratico della radioterapia, anche superficiale, richiede tecnica, conoscenze e mezzi speciali; non di rado infatti accade che una cattiva applicazione determina formazione di escara, perchè la dose curativa è stata sorpassata. Misconosciuto questo stato, e interpretato quale resistenza al neoplasma, si son fatte nuove applicazioni di raggi, che non possono che peggiorare le condizioni della pelle. Queste applicazioni difettose sono viceversa poi imputate quali insuccessi alla radioterapia.

L'O. s'intrattiene quindi sul comportamento di fronte ai raggi, dei neoplasmi di differente struttura istologica. Appunto — dice — i processi neoplastici superficiali sono formati per lo più da cellule basali, mentre quelli profondi sono formati per lo più da cellule spinose. Nel passato la sede del neoplasma nello strato profondo della pelle costituiva ostacolo per questa terapia; ma ormai non più. Del resto vi sono anche neoplasmi spinocellulari con sede superficiale, come neoplasmi basocellulari con sede profonda. Pertanto importa più la sede, anzichè la struttura istologica.

La radioterapia del cancro vero entra nel campo della radioterapia del cancro in genere ed è perciò di data più recente e cioè dacchè esiste la radioterapia profonda. Come per la chirurgia, così anche per questa, i casi iniziali sono quelli che dànno i migliori resultati; ma anche i casi con metastasi glandolari ne traggono vantaggio.

Nei casi più progrediti occorre la cooperazione della chirurgia e della radioterapia (incluso il Radium).

Discussione.

Prof. COLLICA. — Ritiene opportuno far rilevare i termini precisi nei quali egli ritiene utile la radioterapia nei tumori maligni in genere. Nei cancri iniziali egli ricorre senz'altro alla cura chirurgica che dà il cento per cento di guarigioni complete e durature. Ricorre alla radioterapia a complemento della cura chirurgica nei cancri operati — e come sola risorsa disponibile nei cancri inoperabili. Vi ricorre invece con grande fiducia nei sarcomi e specie nei linfosarcomi. Ritiene che i nuovi studi sul cancro e le recenti scoperte della biochimica potranno orientare la radioterapia più razionalmente che in atto non avvenga.

Ritiene opportuna e necessaria, anche nell'interesse della stessa classe dei radiologi, che una disposizione di legge regoli l'uso dei raggi X e del Radium — nella terapia dei cancri ed in specie degli epiteliomi cutanei i quali per la facilità della precocissima diagnosi offrono le migliori condizioni per l'intervento chirurgico, mentre affidati a inesperti radiologi si estendono, si approfondano sino a divenire inguaribili o almeno curabili, dal chirurgo, solo con gravi demolizioni e deturpazioni finali.

Prof. BENTIVEGNA. — Espone le ragioni per le quali il provvedimento legislativo invocato dal precedente oratore riuscirebbe esiziale all'incremento della scienza.

Dott. VITA. — La radioterapia dello epitelioma cutaneo allo stadio iniziale dà l'identica certezza di guarigione radicale dello intervento chirurgico. Negli epiteliomi inoperabili, solo l'actinoterapia può lasciare sperare buoni resultati o un rallentamento nel decorso del neoplasma e comunque prolungare la vita. Fra questi estremi vi sono tutti i casi intermedi, nei quali ambedue i metodi: chirurgico e radioterapico, dànno speranze di successi e ambedue possono fallire. L'actinoterapia può dunque applicarsi a tutti i casi — ciò che non può dirsi della cura cruenta, alla cui collaborazione purnondimeno crede sia utile ricorrere, almeno in un primo tempo, in casi particolari. Mette inoltre in rilievo la grande importanza scientifica e pratica dell'indagine isto-patologica dello epitelioma cutaneo, alla quale il COLLICA sembra non attribuire grande valore nei riguardi della cura. Respinge la proposta del COLLICA di una legge che metta limiti alla iniziativa del radiologo nelle cure a lui affidate.

Prof. F. ORESTANO. — Si sofferma sulle differenze fra le applicazioni di Radium e le applicazioni di raggi X e sulla odierna tecnica molto perfezionata. Rileva la necessità della cooperazione, in unico istituto, della opera del chirurgo con quella del radiologo.

Prof. G. CASCIO ROCCA, *segr.*

☛ ***Pubblicazione di sommo interesse:***

Prof. GIUSEPPE SANARELLI
Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Un. di Roma

Nuove vedute sulle infezioni dell'Apparato digerente

Un volume in-8, di pagg. VIII-184 (N. 14 delle nostre Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità), nitidamente stampato su carta semipatinata, con 28 figure intercalate nel testo. — Prezzo L. **25** più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **22.50** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'erisipeloide.

Dobbiamo a Rosenbach la prima descrizione della erisipeloide acuta delle dita e delle mani, che si osserva soprattutto in individui che maneggiano della carne, della selvaggina, del pollame, del pesce e dei cadaveri di animali.

Si ammise subito la natura infettiva di questa malattia e si incriminarono una *cladothrix*, uno stafilococco, delle ptomaine. Si sa oggi che essa è dovuta al bacillo del mal rossino del maiale. Tale bacillo non si trova soltanto sui maiali malati, ma anche su quelli sani (portatori) ed anche su altri animali. È agevole metterlo in evidenza nei tessuti degli animali malati, per mezzo delle inoculazioni al topo. Anche nelle lesioni dell'uomo, si può trovarlo nei tessuti, escidendo un frammento della pelle col tessuto connettivo sottocutaneo ai margini della lesione ed insemenzandolo in brodo.

Questo bacillo resistente al gram è identico al *murisepticus*.

Come osserva F. Callomon (*Dermatologische Wochensch.* e *Presse médicale*, 26 marzo 1926) l'erisipeloide differisce dalla erisipela streptococcica per l'evoluzione più benigna: essa può pero prolungarsi per il fatto che sono colpite le articolazioni (nel 76 % dei casi) con tendenza alle ricadute e questo per delle settimane e dei mesi. Si può anche osservare la localizzazione alle orecchie ed altrove.

Efficace è la sieroterapia col siero immunizzante, che agisce anche sulle complicazioni articolari.

fil.

La cheratosi blenorragica.

Si manifesta durante il decorso di una blenorragia, ancora in evoluzione con manifestazioni artropatiche multiple e gravi: artriti siero-purulente, con profonde amiotrofie, ribelli al trattamento.

Si presenta sotto due forme.

1) *I coni cornei*, che risiedono di preferenza sulla faccia dorsale dei piedi, specialmente in corrispondenza del margine interno e sulla faccia dorsale ed interna del pollice. Alla regione della matrice ungueale del pollice, gli elementi manifestano tendenza alla convergenza. Raramente si osservano sulle gambe, sulla faccia o sugli arti superiori.

All'inizio, si hanno piccoli bottoni rossi lenticolari, che diventano poi acuminati, in forma di piccolo cono, di colore giallo-rameico e con riflessi come verniciati. Attorno ad essi si ha come una corolla congestiva. Col grattamento, la sostanza cornea cade, sulla epidermide esulcerata si forma una crosta, da cui si ha poi nuovamente l'elemento cheratosico. Dopo un mese od un mese e mezzo, tutti gli elementi cadono, come dei frutti secchi.

2) *La suola plantare*. Tutta la faccia plantare si ricopre gradatamente con un rivestimento corneo duro, dello spessore di 1-2 millimetri, di colore giallastro; in seguito i margini incominciano a sollevarsi annunciando la desquamazione definitiva, che talora si fa in massa, lasciando l'epidermide rosea.

N. Fiessinger (*Journ. des Praticiens*, 26 febbr. 1927) consiglia come trattamento degli impacchi umidi o glicerinati fino a desquamazione degli elementi. La formazione della cheratosi è dovuta ad un insemenzamento infettivo in punti dove si ha una macerazione epidermica.

fil.

Porpora generalizzata cronica e quasi apirettica di origine gonococcica. Emocultura positiva Morte per emorragia dopo 8 mesi.

Paul Chevallier, Levy-Bruhl e George Bourgeois (*Bull. et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 gennaio 1927) descrivono un caso di porpora gonococcica quasi apirettica ad evoluzione cronica.

Clinicamente: Petecchie sparse per tutto il corpo.

Ematologicamente: Prolungamento notevole dell'emorragia fino a 30'.

L'inizio dell'affezione era stata una metrite gonococcica e la ricerca del gonococco fu positiva: nella secrezione uterina, negli elementi purpurici, nel sangue.

La malata dopo un miglioramento (dopo iniezioni di siero antigonococcico dell'Istituto Pasteur) esce dall'ospedale. Ma dopo qualche tempo è colpita di nuovo dalla sindrome emorragica e muore.

L'autopsia non potè farsi.

È interessante constatare (notano gli AA.) come germi della stessa famiglia come il gonococco e il meningococco provochino il maggior numero di porpore acquisite.

Meo-Colombo.

Disturbo pigmentario regionale e famigliare trasmesso in quattro generazioni.

C. Stajano (*Rev. Med. de Urug.*, dic. 1926) richiama l'attenzione su tale caso, non trattandosi di uno dei comuni disturbi pigmentari semplici. Il primo carattere importante infatti è la distribuzione perfettamente simmetrica, per cui bisogna ammettere l'esistenza di centri trofici simpatici assiali; mentre l'altra caratteristica pure importante è il carattere famigliare del disturbo trofico che si è ripetuto in quattro generazioni (nonna, madre e figlia del paziente).

L'etiologia, in tale caso, data la sua persistenza attraverso quattro generazioni, è completamente oscura.

Al momento dell'esame il p. presentava tutti i segni di una tabe. Ricoverato per una frattura spontanea del femore destro, afferma di aver contratto l'infezione luetica, dieci anni prima e che le prime manifestazioni tabetiche sono cominciate cinque anni fa.

Il disturbo pigmentario era rappresentato da macchie irregolarmente pigmentate, a lato delle quali si notavano zone o punti acromici, disseminate sulle braccia, sull'addome, sulla fronte, nella parte inferiore della reg. mentoniera. Tali localizzazioni concordavano esattamente con quelle della nonna, della madre, della figlia del malato.

L'A. quindi conclude che i disturbi pigmentari (melanodermia, vitiligine ecc.), possono non solo presentarsi come un disturbo funzionale a volte transitorio, a volte progressivo nel corso della vita, ma tale disturbo può essere congenito e apparire con carattere famigliare come nel caso in esame e in altro publicato nel 1922, dando ereditariamente la lesione o la facilità a contrarla a una determinata età. Si comprende perciò come in tal modo venga ad essere confermata la nozione dei centri trofici e della loro proiezione periferica.

A. POZZI.

TERAPIA.

Trattamento delle infezioni delle mani.

A. M. Haudfield (*Lancet*, 1924, p. 966) tratta l'argomento, e distingue i seguenti processi:

1) linfangite acuta;

2) infezioni del segmento terminale delle dita;

3) tenosinoviti acute;

4) infezione degli spazi fasciali della palma.

Nella linfangite acuta di qualche entità il paziente deve restare in letto; egli farà impacchi caldi continui sulla mano e avambraccio, e a periodi si provocherà la stasi alla Bier ponendo una fascia al braccio. Sono utili purghe e diuretici, e stimolanti per sostenere le condizioni generali. È necessario incidere solo se si manifestano ascessi nel luogo della infezione iniziale, o nelle linfoglandole lungo il decorso della linfangite.

Nelle infezioni del segmento distale delle dita conviene incidere lateralmente al polpastrello, dalla estrema plica di flessione fino a circa 1 cm. dall'estremità del dito. Ciò nei casi iniziali: se il processo è avanzato spesso occorre una controapertura dalla parte opposta, con dissezione dello strato fibrograssoso, in modo da poter passare un nastrino di gomma da una parte all'altra.

Nelle tenosinoviti acute, che si riconoscono dal dolore intenso, dalla tumefazione simmetrica di tutto il dito che si diffonde al dorso della mano e alle radici delle dita vicine, nonchè per la forte dolenzia provocata dall'estensione passiva del dito, bisogna aprire e drenare la guaina affetta. Si incide il dito lateralmente per tutta la lunghezza della prima o della seconda falange, secondo i casi, o di tutti e due, lasciando intatto un tratto di cute sopra l'articolazione. La diffusione, dalle guaine del primo e quinto dito alle borse radiale e ulnare si riconosce, non già da marcata tumefazione della palma, ma da una dolenzia squisita provocabile alla pressione lungo il tragitto delle guaine: incisa la guaina al dito, la pressione sulla borsa rispettiva provoca fuoriuscita di pus o di siero torbido. In tal caso, sulla guida di una sonda scanalata, si incide la borsa ulnare dalla plica distale di flessione della palma fino all'uncino dell'osso uncinato, tenendosi verso il lato ulnare.

La borsa radiale si incide lungo una curva che dalla parte media della faccia flessoria della radice del pollice segue l'eminenza tenare, e termina ad 1 cm. dal legamento anulare anteriore del polso. La guaina si raggiunge separando i due capi del breve flessore del pollice.

L'infezione degli spazi fasciali della palma può originare da un trauma diretto, dall'infezione delle dita, o delle loro guaine. Il dolore e l'intumescenza ne sono i segni. Per l'infezione dello spazio palmare medio l'incisione va fatta dall'uno o dall'altro lato dell'anulare (cioè tra anulare e medio, o tra anulare e mignolo, secondo i casi) e si estende dalla plica interdigitale fino a metà distanza tra le pliche di flessione distale e media della palma. Indi si insinua un adatto drenaggio sotto i tendini. Per l'infezione dello spazio tenare, posta sotto l'adduttore trasverso del pollice, si incide sul dorso della mano, lungo il lato radiale del metacarpale dell'indice, e si drena.

In tutti questi casi la tumefazione del dorso della mano è sempre notevole.

Come regole operatorie generali, conviene: 1) in-

cidere sotto anestesia generale (o anestesia dei tronchi nervosi all'avambraccio (*N. d. R.*); 2) fare l'emostasi preventiva con laccio o con bracciale; 3) drenare con garza paraffinata o tessuto di gomma, mai con tubi.

Dopo l'operazione conviene provocare per qualche ora una congestione passiva della mano, allentando il laccio non completamente.

Si consigliano poi impacchi borici caldi per 48 ore, e quindi irrigazioni con soluzioni antisettiche leggere seguite da medicazioni asciutte. Nei casi gravi soltanto l'A. consiglia bagni in acqua iodata calda, due volte al giorno.

Dal momento in cui si fanno medicature asciutte l'A. consiglia applicazioni quotidiane di calore radiante. Consiglia inoltre di iniziare i movimenti attivi, nei limiti possibili, al più presto, anche al terzo giorno, meglio se sotto l'azione del calore radiante.

DORIA.

Ricerche sulla narcosi rettale con etere e olio.

La narcosi eterea per via rettale è stata eseguita in Russia 485 volte, nel 36 % dei casi si ebbero complicazioni sia generali che locali, la morte sopravvenne nella percentuale di 0.5 %. Sminoff (*Archiv f. klin. Chir.*, vol. 141, pag. 150, 1926) ha eseguito numerose ricerche sperimentali e viene alle seguenti conclusioni:

Con l'introduzione rettale di etere la narcosi si ha solo nel 18 % dei casi, la percentuale sale al 78 % se si aggiunge una iniezione di morfina. La miscela di etere e olio arriva fino alla valvola di Bauhin, l'etere passa nel sangue e si arresta in discreta quantità nel fegato, dove può determinare una degenerazione grassa. Nel sangue, se vi arriva in grande quantità, provoca emolisi. Speciale interesse hanno poi le complicazioni locali sulla parete intestinale; si ha dapprima iperemia e edema che aumentano sempre più di intensità fino ad arrivare alla necrosi.

L'A. conclude che in base alla statistica e ai risultati sperimentali la narcosi eterea per via rettale è da considerarsi come pericolosa e quindi da evitare.

VALDONI.

Le soluzioni impiegate per fleboclisi e per ipodermoclisi in rapporto alle costanti del sangue.

Perchè le soluzioni impiegate per fleboclisi e per ipodermoclisi ottengano grandi vantaggi e minimi danni, è necessario che esse producano la minore possibile variazione nel delicato equilibrio fisico-chimico del sangue. Occorre dunque che esse rispettino il più possibile quelle caratteristiche fisico-chimiche del sangue, che si chiamano appunto « costanti » per la piccolezza delle loro oscillazioni: pressione osmotica, equilibrio jonico, viscosità.

Fra tali costanti, quelle che devono essere il più possibile rispettate dalle soluzioni fisiologiche sono l'osmotica e la jonica. Il fattore viscosità può essere trascurato. La soluzione di NaCl gr. 0.75-0.80 %, in quanto non è nè isotonica nè isojonica, deve essere bandita dall'uso. Essa è tossica e se, praticamente, non è dato di rilevare i danni che il suo impiego produce, è certo che l'organismo, per riportare con rapidità il sangue alla concentrazione molecolare normale, compie un intenso lavoro e lo squilibrio, che non appare nel sangue, interessa invece gli organi ed i tessuti (specie rene, muscoli).

Secondo R. Benigni (*Bollettino della Società Eustachiana*, 1926, fascicoli IV e V) la soluzione più conveniente in medicina umana sembra essere questa:

cloruro di sodio	gr.	9
cloruro di calcio	»	0.2
cloruro di potassio	»	0.2
acqua q. b. fino a	»	1000

Tale soluzione, esattamente isotonica e pressochè isojonica, è di facile preparazione e sterilizzazione. La semplice soluzione di NaCl potrà essere consigliata solo nei casi d'urgenza assoluta, alla concentrazione di gr. 1 %.

TOSCANO.

Ricerche cliniche e sperimentali sulla soluzione alogenica di Albrecht-Ulzer.

Albrecht, nel maggio u. s. ha proposto una soluzione di cloro, iodio e fluoro quale mezzo di cura delle ferite. Questa soluzione di alogeni avrebbe il vantaggio di non danneggiare affatto i tessuti pur mostrandosi molto attiva quale disinfettante. L'A. ha eseguito alcune ricerche per stabilire le caratteristiche della nuova soluzione.

La soluzione, mantenuta anche in recipienti non sterili, resta sterile. Messa a contatto di germi per 20 minuti secondi non li uccide se sono in grande quantità o sono sporigeni. Non ha nessuna azione sul piocianeo. La tossicità è scarsa, una cavia sopporta senza alcuna manifestazione una iniezione sottocutanea di 4 cmc., alla iniezione non segue aumento della fagocitosi nè leucocitosi.

Praticamente E. Risak. (*Archiv f. klin. Chir.*, vol. 143, pag. 91, 1926); ha eseguito ricerche secondo la tecnica consigliata da Albrecht, cioè chiuso il peritoneo, si versa la soluzione sulla ferita, dopo 20 secondi si asciuga la ferita con un tampone. In questo modo si potrebbe ridurre assai il numero delle ferite laparotomiche che guariscono per seconda. Con questo metodo vennero trattati 77 casi, solo 6 volte non si ebbe

guarigione per primam. Un confronto con appendicectomie per appendicite acuta trattate con la S. A. e altre in cui non venne impiegata dà nel primo caso una percentuale del 13 % di guarigione per seconda, nel secondo caso invece una percentuale del 38 %.

L'A. conclude consigliando l'adozione della soluzione.

VALDONI.

Sul cosidetto drenaggio in chirurgia.

G. Pagliicci (*La pratica chirurgica e discipline affini*, n. 2, aprile 1926), è persuaso della scarsa utilità e qualche volta dei danni prodotti dal drenaggio fatto con garza nelle suppurazioni tanto che da parecchio tempo ha abbandonato tale pratica sostituendo il drenaggio con frammenti di foglia di gomma per tenere aperte le cavità suppuranti. Ha eseguito degli esperimenti in vitro, ed è giunto alle conclusioni: che l'unico effetto prodotto dal drenaggio è quello di sottrarre siero al pus senza avere alcuna azione sulla parte corpuscolata, produce cioè soltanto una concentrazione del pus, concentrazione che è minima nel drenaggio con garza asciutta e assai intensa in quello con garza bagnata e copertura con guttaperca; che questa concentrazione è relativa alla fluidità del pus. Da ciò l'A. conclude che niente può fare assumere alla garza la vera proprietà drenante.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

SEMEIOTICA.

Come svelare le infezioni parassitarie del tubo digerente.

Deschiens (*Presse Médicale*, n. 1, gennaio 1927) ha riscontrato su 2000 ammalati di forme gastro-intestinali la presenza di parassiti nel 60 % dei casi; e nel 17 % i parassiti esercitavano una netta azione patogenetica. In casi consimili, ordinariamente, la diagnosi viene fatta dopo la eventuale espulsione di vermi o di frammenti di essi, ma tali casi sono relativamente rari, nè alcuni segni (dissenteria, diarree, orticaria, ipertrofia delle papille fungiformi della lingua) possono ad altro indirizzare che ad una diagnosi di probabilità. La certezza può essere soltanto data dal laboratorio e l'autore espone alcune modalità di tecnica che avrebbero una grandissima importanza.

Nelle *infezioni da protozoi*: la ricerca sia delle forme vegetative che delle forme cistiche deve essere fatta nelle feci ancora calde, subito dopo la loro emissione; quando ciò per una qualunque ragione non può essere fatto la ricerca deve essere diretta solo alle forme cistiche. È noto però che queste possono mancare per un periodo di tempo che varia a seconda della specie del parassita (fase o periodo negativo); è necessario allora praticare metodicamente esami ripetuti per un periodo di tempo che superi la fase negativa massima che è quella della Giardia intestinalis (sette giorni): gli esami quindi dovranno essere eseguiti per otto giorni consecutivi. Per quanto riguarda gli *elminti*, anche qui bisogna tenere presente la eventualità di fasi negative.

L'A. espone, allo scopo di semplificare la pratica dell'esame nella clientela privata un suo particolare sistema. Al paziente vengono forniti otto tubi di vetro contenenti una soluzione di formolo al 5 %; ognuno distinti con numero progressivo: in ciascuno il rispettivo giorno verrà stemperata una piccola quantità del materiale defecato in modo da avere un miscuglio omogeneo. Invece di otto tubi si potrà adoperare un solo recipiente di vetro nel quale per otto giorni consecutivi il paziente mescolerà, alla soluzione di formolo 5 % ivi contenuta, una piccola quantità delle sue feci.

La fissazione operata dal formolo sui vermi intestinali, sulle uova e sulle cisti protozoarie conservandone i caratteri morfologici renderà possibile la loro identificazione. Per la rapidità e la sicurezza della diagnosi presentano molta importanza i metodi di arricchimento i quali permettono di riunire un massimo di elementi parassitari nel minimo volume.

PALLADINI.

Esperienza con la prova di Ruge e Philipp in chirurgia.

Il metodo di Ruge e Philipp consiste nel coltivare lo streptococco nel sangue defibrinato del paziente: si osserva allora che gli stipiti virulenti si moltiplicano mentre gli avirulenti non si sviluppano.

Ruge osserva direttamente al microscopio per mezzo del tavolino riscaldato le fasi della distruzione o della crescita dei germi; Philipp invece ha semplificato la tecnica seminando su piastre di agar la stessa quantità di sangue subito dopo il prelevamento e dopo quattro ore di soggiorno al termostato e confrontando il numero di colonie che ottiene sulle piastre.

Questa prova è applicabile in setticemici e ha un valore prognostico sicuro. È stata modificata da alcuni autori in modo da poter essere applicata anche a infezioni localizzate gravi (flemmoni, ecc.). La tecnica allora cambia nel senso che viene prelevata una piccola quantità di germi, che aggiunta a sangue defibrinato del pa-

ziente viene insemenzata sulle piastre di agar subito dopo il prelevamento e dopo 4 ore di soggiorno in termostato.

Bumm (*Archiv f. Chir.*, vol. 141, pag. 718) ha eseguito numerose prove con questo metodo e crede che abbia realmente un notevole valore pratico purchè vengano soddisfatte alcune condizioni. Anzitutto il numero delle colonie che si sviluppano nella prima piastra non deve essere superiore a 500, la prova deve essere allestita nei primi giorni dell'infezione e nei casi che non vengono trattati subito chirurgicamente, infine è applicabile solo nelle infezioni da staffilo e streptococchi.

Per quanto riguarda i risultati pratici abbiamo già accennato come la prova permetta di stabilire una prognosi certa sull'infezione di cui soffre il malato; permette anche di stabilire in un determinato caso quali sieno i germi determinanti l'infezione. P. es. potè dimostrare in qualche caso che l'agente era lo streptococco emolitico e non il viridans che era stato trovato, il che dimostrerebbe anche che il viridans può non essere patogeno.

Bumm ha trovato anche che la prova aveva un valore pratico nei casi di cancri ulcerati dell'utero in cui spesso l'operazione è seguita da una infezione originata dalla flora dell'ulcerazione. E precisamente la prova gli ha permesso di stabilire se i germi coltivati dalla superficie ulcerata erano o no patogeni per la malata, se si dimostravano innocui l'operazione poteva essere eseguita subito senza temere una infezione, altrimenti bisognava ricorrere a tutti quei mezzi che permettono la disinfezione di una ulcerazione decidendosi all'intervento quando la prova di R. e Ph. dimostrava l'assenza di germi patogeni per l'individuo. VALDONI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Tossicità del solfuro di carbonio. — Al dott. F. G., da P. C. (Venezuela):

Il solfuro di carbonio, che viene largamente usato, oltre che nell'agricoltura, nell'industria (della gomma, della seta artificiale, dell'estrazione degli olii), può avere azione tossica immediata o consecutiva.

I primi sintomi consistono in cefalea, prevalentemente frontale, vertigini, stordimento, nausee. Nell'avvelenamento cronico, che si osserva in coloro che rimangono a lungo esposti all'azione di piccole quantità del tossico, si ha un primo *periodo di eccitazione*, con parestesie, attacchi convulsivi, tremori, palpitazioni; talora all'inizio, aumento della eccitazione sessuale, a cui sussegue l'abolizione; nelle donne, sono frequenti gli aborti e le irregolarità delle mestruazioni. Si hanno modificazioni delle condizioni mentali, esaltazione, loquacità, irritabilità e perfino delle forme maniache.

Sussegue il *periodo di depressione*. Diminuzione della sensibilità, zone di anestesia che si estendono; diminuzione dei riflessi fino all'abolizione; debolezza muscolare, amiotrofia; deambulazione incerta, pseudoparalisi, pseudotabe. Depressione mentale, indebolimento della memoria, parola difficile e sconnessa, alterazioni del carattere che si fa cupo e melanconico. Vomiti, coliche, diarrea o stipsi, che poi domina; dimagrimento. Da parte degli occhi: anestesia della cornea, congiuntivite, riduzione del campo visivo per certi colori, ambliopia tossica.

Il solfuro di carbonio ha azione sul sangue, trasformando l'emoglobina in metaemoglobina.

Esso è tossico quando si trovi nella proporzione di 3 mg. per litro di aria. I gatti, che per questo tossico sono da considerarsi affini all'uomo, esposti a respirare per 8-9 ore al giorno dell'aria contenente da 7 a 16 decimilligrammi per litro di solfuro di carbonio, muoiono in pochi giorni.

Come prevenzione, nelle industrie sono anzitutto da adottarsi adatti sistemi di ventilazione e di aspirazione dei vapori.

È importante impedire l'aggravamento dei disturbi, con un'accurata visita settimanale degli operai, specialmente facendo la ricerca dell'emoglobina nelle urine (reazioni della benzidina e della dimetil-amidobenzaldeide) e ricercando anche l'urobilina.

Nell'agricoltura, in cui il S_2C è usato appunto per la sua azione parassiticida, è raro l'avvelenamento cronico, mentre si ha più frequente quello acuto e non rari sono i casi mortali.

Nel caso di avvelenamento acuto si farà respirare abbondantemente dell'aria pura, trasportando il colpito lontano, si faranno iniezioni eccitanti, massaggio. Si tenga presente che l'introduzione nell'organismo si fa, oltre che per le vie aeree (inalazione), anche per la cute (immersione delle mani).

Utili possono essere le maschere, non quelle consuete antigas, ma altre in cui l'aria inspirata sia costretta a passare attraverso un liquido che assorba il solfuro di carbonio; consigliabile a tale scopo è l'acqua di calce o gli idrati alcalino-terrosi che determinano la trasformazione in solfocarbonati. La maschera può essere facilmente allestita con un semplice barattolo, nel quale si mette l'acqua di calce; in questa si fa pescare il tubo in cui passa l'aria; un altro tubo, che non pesca nel liquido, porta poi l'aria alla bocca.

Trattandosi di operazioni che non durano a lungo, tale dispositivo può bene essere portato. Difficilmente il solfuro di carbonio può essere sostituito nei lavori agricoli; è stato proposto il tetracloruro di carbonio, il quale è però meno efficace e non è del tutto scevro di pericoli, per la sua azione simile a quella del cloroformio; ciò vale per i recipienti che si lasciano aperti nei granai, allo scopo di uccidere i parassiti dei grani. Per altri scopi agricoli, sempre parassiticidi, il solfuro di carbonio può essere sostituito dalla benzina o dal petrolio.

FILIPPINI.

All'abb. n. 2690:

Per conferenze popolari sull'alcoolismo consulti: 1) F. FERRARI: *L'alcoolismo*. Federaz. Italiana delle Biblioteche popolari, Milano, via Pace 10; 2) *Un re non spodestato: l'alcool* (I quaderni dell'Igiene e della vita). Amministrazione dell'« Igiene e la Vita », via Rossini 23, Torino (12).

fil.

VARIA.

La fisiologia dello sport.

In una conferenza tenuta alla « Settimana di sport scientifico » a Davos, Abderhalden (1) osserva che nello sport non vi è nessuna parte del corpo, dal sistema nervoso alle ossa, che non partecipi al lavoro. In questo, come in ogni altra specie di lavoro, vi è una grande differenza fra chi vi è abituato e chi non lo è. Così, coloro che non sono abituati a pattinare devono, nell'imparare, applicare tutte le loro forze sotto la sorveglianza del cervello per mantenere l'equilibrio; invece, per quelli che vi sono abituati, il cervello rimane libero per le altre funzioni.

Tutte le nostre cognizioni sulla stanchezza sono applicabili allo sport. Importante è, in questo, il così detto « punto morto » che finora è stato poco considerato e che consiste in ciò che, p. es., nei rematori, appena incominciano a vogare, sembra che le forze manchino del tutto, mentre vengono subito dopo riacquistate.

Interessanti sono le attuali ricerche sul ricambio materiale dei muscoli. La capacità muscolare è legata a quella del cuore e del respiro. Per uno sforzo corporeo, la quantità dell'aria inspirata, che in condizioni normali è di 5 litri, può essere aumentata fino a 70; le pulsazioni cardiache, vengono elevate fino a 200 per minuto. Accade così che si ha un aumento di circolazione sanguigna nei muscoli, in cui i capillari si dilatano, mentre si ha una corrispondente diminuzione della quantità di sangue in altri distretti non interessati, come negli intestini e nella milza. Il mutamento della circolazione è determinato, non dal solo sforzo corporeo, ma anche dalla semplice rappresentazione dello stesso movimento.

La capacità muscolare è sempre legata alla produzione di corrente elettrica e tale forza può venire misurata mediante fini aghi infissi nel muscolo che lavora e che sono connessi con un galvanometro. È interessante notare che possono reagire anche i muscoli che non sono in diretta comunicazione con quelli che lavorano; così avviene che, mentre lavora l'articolazione coxo-femorale, si contraggono anche certi muscoli della gamba.

Nel metabolismo muscolare, troviamo come prodotto intermedio l'acido lattico, nella produzione del quale non entra per nulla l'ossigeno, il quale è invece in causa quando l'acido lattico si trasforma in carbonico. Se l'acido lattico rimane nel corpo, si ha la stanchezza. Anche sotto questo rapporto, vi è una grande differenza fra coloro che sono abituati allo sport e quelli che non lo sono. Questi ultimi sono diventati meno sensibili all'acido lattico e ne sopportano quindi quantità maggiori senza risentirne gli effetti.

Di grande importanza è pure la capacità con cui il nostro corpo lavorando scarica l'anidride carbonica. Se questa si trovasse in forma di gas, la capacità lavorativa sarebbe minima. Invece essa si trova sotto forma di bicarbonato sodico e viene eliminata in forma solubile; se così non avvenisse ed il sodio si combinasse invece all'acido lattico, ne verrebbe un'asfissia.

Diversa è la valutazione del lavoro che fanno il fisiologo e lo sportman. Questo si preoccupa soltanto dell'ultimo risultato e non si domanda quale lavoro ha compiuto per giungere alla meta, mentre il fisiologo lo considera nel suo rendimento, tenendo presente cioè il consumo delle forze in rapporto con il lavoro prodotto.

Fra i problemi che rimangono tuttora inesplorati è quello del perchè negli stati di eccitamento si possano produrre grandi lavori; non è improbabile che entri in questo l'influenza del gran simpatico.

In complesso, con i moderni metodi d'indagine, i fisiologi possono dimostrare se e di quale maggiore capacità di lavoro sia capace il corpo umano.

fil.

(1) Arch. fasc. di medicina politica, marzo-aprile 1927.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

Disposizioni speciali per la riforma degli organici e la dispensa del personale dipendente dal Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali riuniti di Roma.

Con Decreto-Legge 20 febbraio 1927 n. 298, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 62, è stato così disposto:

Art. 1. — Fino a sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, il presidente del Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali riuniti di Roma è autorizzato a provvedere, anche in deroga a qualsiasi disposizione di legge o di regolamento generale o speciale:

1) a modificare i regolamenti e le tabelle organiche del personale stipendiato di qualunque ufficio, grado e classe;

2) a dispensare dal servizio il personale stipendiato di qualunque ufficio, grado e classe;

3) ad effettuare il rimpiazzo dei posti vacanti entro i limiti dell'onere finanziario globale — complessivamente per stipendi, accessori e pensioni — risultante alla data di entrata in vigore del presente decreto.

Art. 2. — Al personale che, in applicazione dell'articolo precedente, sarà dispensato dal servizio, può essere fatto il trattamento stabilito dall'art. 3 del R. D. 27 maggio 1923 n. 1177.

Art. 3. — Contro i provvedimenti di cui nel presente decreto è ammesso ricorso, soltanto per motivi di legittimità, al Consiglio di Stato o in via straordinaria al Re, escluso qualsiasi altro ricorso così in sede amministrativa, come in sede giudiziaria.

Art. 4. — Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno, e sarà presentato al Parlamento per la conversione in legge. Il Capo del Governo, ministro dell'Interno, proponente, è autorizzato alla presentazione del relativo disegno di legge.

Questo Decreto-Legge si riconnette, in parte, alle disposizioni straordinarie del decreto 27 maggio 1923 n. 1177, ma è caratterizzato da maggiore ampiezza di poteri agli effetti della dispensa, non essendone specificate nè le cause nè i limiti. Si tratta di un provvedimento eccezionale e temporaneo, diretto, come dice il decreto nelle premesse, al fine « di una più spedita azione degli uffici e di un più efficace rendimento dei servizi, per una più rapida e proficua attuazione del vasto e complesso programma di sistemazione dell'ordinamento ospedaliero della capitale, che l'amministrazione del Pio Istituto deve realizzare ».

Ma il potere, pur così ampio, non è senza limiti: la dispensa deve avere, in ogni ipotesi, una causa legittima, *a prescindere dalle altre condizioni e dai limiti che risultano dallo* scopo *per il quale il potere è attribuito e dai principî generali del diritto pubblico.*

Infatti, contro i provvedimenti emanati per l'applicazione di questo decreto è ammesso il sindacato di legittimità (ricorso al Consiglio di Stato in S. G. nel termine di 60 giorni), il che importa un controllo per motivi di incompetenza, violazione formale o sostanziale di legge ed eccesso di potere amministrativo, nel senso ampio che è stato ormai largamente ammesso dalla giurisprudenza.

Disposizioni speciali per la dispensa del personale della Croce Rossa.

Con Decreto-Legge 14 aprile 1927 n. 503, provvedendosi allo scioglimento del Comitato centrale e del Consiglio direttivo della Associazione della Croce Rossa Italiana, è stato così disposto in relazione al personale e ai poteri del Commissario straordinario:

Art. 3. — È data facoltà al Commissario straordinario di dispensare dal servizio il personale dell'Associazione, di qualunque ufficio e grado, e provvedere ai posti eventualmente vacanti, fissandone le norme anche in deroga a qualsiasi disposizione di legge o di regolamento generale e speciale.

Resta però vietato ogni aumento dell'onere globale risultante alla data di entrata in vigore del presente decreto, complessivamente per stipendi e pensioni.

Art. 4. — Il personale dispensato a termini dell'articolo precedente, sarà ammesso a liquidare la pensione od indennità spettantegli a termini di legge o dei regolamenti organici.

Art. 5. — Contro i provvedimenti di cui agli articoli precedenti è ammesso ricorso, soltanto per legittimità, al Consiglio di Stato o in via straordinaria al Re, escluso qualsiasi altro ricorso così in sede amministrativa, come in sede giurisdizionale.

Per questo decreto valgono le stesse osservazioni che sono state fatte a proposito di quello concernente il personale del Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali riuniti di Roma.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per la fondazione in Roma di un Istituto di Medicina del Lavoro e di una Mostra permanente igienico-sanitaria del lavoro e della previdenza sociale.

Il prof. Aristide Ranelletti sostiene, ne « L'Italia Sanitaria » la necessità di creare in Roma un Istituto di Medicina del Lavoro, in conformità ai voti espressi in varii Congressi Nazionali di medicina del lavoro e sull'esempio di Milano e Napoli e di molte città straniere, ma con più vasto programma medico-sociale.

Il proposto Istituto comprenderebbe le seguenti sezioni:

1) Insegnamenti superiori per medici e studenti, sulle varie discipline della medicina del lavoro, e principalmente: Fisiologia del lavoro; Patologia e clinica del lavoro; Infortuni sul lavoro e medicina legale degli infortuni; Igiene del lavoro; Legislazione igienica del lavoro e Assicurazioni sociali.

2) Insegnamenti popolari sulle parti essenziali delle dette discipline per operai e datori di lavoro.

3) Ambulatori con le seguenti principali funzioni:

a) consulenza per l'orientamento professionale: ricerche di psico-fisico-tecnica del lavoro, per l'idoneità al mestiere da assumere, o già assunto;

b) visite periodiche ai lavoratori per scoprire in tempo i primi sintomi delle malattie del lavoro, e quindi più facilmente combatterle: consigli d'igiene del lavoro;

c) consulenza per l'organizzazione scientifica del lavoro, allo scopo di ottenere nelle varie industrie il maggiore rendimento col minore possibile dispendio delle forze dell'operaio.

4) Reparto pel ricovero di malati di malattie del lavoro e di infortunati, a scopo diagnostico e curativo. Esso mentre gioverebbe ai lavoratori e al benessere sociale, perchè ridonerebbe al più presto la capacità al lavoro, potrebbe fornire utile materiale illustrativo per medici, studenti, lavoratori, ecc.

5) Reparto per la rieducazione professionale, fisica e psichica, dei motolesi, in conseguenza di infortuni sul lavoro, in modo da rimuovere o diminuire le invalidità da infortuni, e quindi diminuire l'enorme carico passivo degli indennizzi.

Utile integrazione del detto Istituto di medicina del lavoro, sarebbe una « Mostra permanente igienico-sanitaria del lavoro e di previdenza sociale », dove le classi lavoratrici e anche quelle dei datori di lavoro troverebbero i più tangibili e proficui ammaestramenti ed esempi per conoscere le varie malattie ed i vari infortuni, che si possono subire sul campo del lavoro, e i mezzi più facili di prevenzione; e conoscere altresì le finalità delle assicurazioni sociali, in modo da formare nei lavoratori la coscienza dell'igiene e della previdenza, nell'interesse dei singoli e della collettività.

Le varie istituzioni già create dall'Ente del Dopolavoro, come sport, ginnastica, escursioni, ecc., dirette all'elevazione fisica dei lavoratori, rimarrebbero frustrate nel loro scopo, se gli operai non imparassero ad attuare quelle norme più elementari di igiene personale e di prudenza, che valgono a risparmiare loro la maggior parte delle malattie e degli infortuni; è evidente che le opere del dopolavoro debbono mirare alle riparazioni fisiologiche, e non già a quelle patologiche inerenti ad infermità contratte; esse opere quindi debbono anche preoccuparsi che gli operai stessi, per ignoranza, incuria o imprevidenza, non si espongano a malattie e lesioni evitabili, e che verrebbero a neutralizzare gli sforzi assistenziali del dopolavoro. A tale intento potrebbe bene rispondere la detta Mostra igienico-sanitaria del lavoro e di previdenza sociale.

Essa sarebbe divisa in tre sezioni:

1) Malattie e igiene del lavoro;

2) Infortuni sul lavoro e mezzi di prevenzione;

3) Previdenza sociale.

L'Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia e le Colonie marine.

L'Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia ha diramato un Comunicato nel quale, ricordando la volontà del Capo del Governo di veder molti bambini al mare ed ai monti, ricorda che allo scopo precipuo di fare usufruire delle cure marine, montane e solari il maggior numero possibile di fanciulli, data la ristrettezza di tempo nell'imminenza della stagione estiva, si è ritenuto necessario che, dove l'organizzazione delle Colonie è in atto, non debba subire intralci o ritardi per nessuna ragione. Così, rimanendo ferme le disposizioni dettate con la circolare 29 marzo, in tutti i Comuni nei quali non esistono Enti e Comitati per l'invio di fanciulli alle Colonie estive, si lascia che ogni Colonia completi la raccolta delle domande e gli accertamenti sanitari per la ammissione dei fanciulli.

Essi, però, dovevano inviare alle Federazioni provinciali fra le Istituzioni per la maternità e per l'infanzia, non oltre il 15 maggio u. s. una serie di notizie relative alle Colonie.

Per garantire la collettività dal pericolo delle malattie diffusibili, si è stabilito che il medico della Colonia controlli le condizioni sanitarie dei fanciulli all'ingresso, lasciandogli la facoltà di rifiutare l'ammissione, ove lo creda necessario.

L'Opera Nazionale eserciterà poi una speciale sorveglianza a mezzo dei suoi ispettori, allo scopo

di rimuovere eventuali inconvenienti e dare opportuni consigli, intesi, d'accordo con le varie Amministrazioni, ad apportare alla Istituzione un sempre migliore funzionamento.

E perciò l'Opera Nazionale non mancherà, poi, di incoraggiare in tutti i modi, ed anche con contributi finanziari, quelle Colonie che daranno garanzia di un regolare ed efficace funzionamento o che non dispongano, d'altra parte, dei mezzi necessari per provvedere tutti i fanciulli bisognosi di cura marina e montana.

E non mancherà anche di assegnare a suo tempo qualche premio alle Colonie meglio organizzate e meglio dirette.

Sulla lotta antitubercolare.

Il Capo del Governo e Ministro degli Interni, on. Mussolini, ha presentato alla Camera un disegno di legge recante provvedimenti per la lotta contro la tubercolosi. La relazione dell'on. Mussolini che accompagna il disegno di legge dice:

« Uno dei più gravi problemi dell'ora presente e sul quale converge l'interessamento generale del Paese è quello della difesa contro la tubercolosi che, sempre più insidiosa, minaccia l'integrità della popolazione.

La lotta contro la tubercolosi rappresenta uno degli aspetti principali della tutela della pubblica salute sia per il fatto che la tubercolosi è una delle più gravi malattie sociali, sia perchè la lotta contro di essa racchiude in sè anche una larghissima adozione di provvedimenti igienici di carattere generale, tanto da potersi dire che la lotta spesso si risolve nel rappresentare da sola il fondamento del buon governo igienico del Paese.

L'organizzazione antitubercolare esistente, basata principalmente sul funzionamento dei consorzi provinciali, tiene conto nelle sue linee generali della giusta valutazione delle varie energie e volontà locali intese alla difficile lotta; ma, così quale è attualmente preordinata, non risponde efficacemente allo scopo: così è che il lodevole funzionamento di parecchi consorzi riuniti va attribuito più ad attività singole che all'effettiva efficenza dell'organismo consorziale.

A questa grave deficienza occorre subito porre riparo con provvedimenti che diano ai consorzi provinciali antitubercolari la loro effettiva funzione di indispensabili nuclei periferici di organizzazione antitubercolare assegnando ad essi il prestigio e l'indiscutibile autorità necessaria per assicurarne ovunque il più largo e il più sicuro rendimento. L'attuale disegno di legge ha appunto la precipua finalità di dare ai consorzi provinciali antitubercolari l'assetto che si conviene ad organi che si vogliono effettivamente vedere ovunque intenti in proficuo ininterrotto lavoro, ma che devono essere contemporaneamente assistiti da quella podestà che col disegno in esame si viene ad essi a conferire. Questo disegno spianerà la via alle altre provvidenze che per svilupparsi hanno bisogno di un terreno propizio che i consorzi stessi potranno, anzi dovranno, immantinente concorrere ad adeguatamente preparare.

Il disegno di legge, oltrechè provvedere al necessario nuovo assetto dei consorzi provinciali, provvede anche alla proroga del termine per la concessione di mutui di favore per la costruzione e l'adattamento di sanatorî e tubercolosari, termine che va a scadere col 30 giugno del corrente anno ».

Della legge daremo a suo tempo notizia nell'apposita rubrica.

L'obbligo delle sale di allattamento negli opifici.

Una circolare del Presidente dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, diramata a tutti i proprietari di fabbriche, dice:

« Nella legge 10 novembre 1907 l'art. 10 esonera dall'obbligo della camera di allattamento soltanto quelle fabbriche che impiegano donne di età non superiore ai 15 anni. Il legislatore quindi, non ha fatto differenza di stato civile ed ha inteso che questa forma sia estesa a tutti i figli delle operaie superiori ai 15 anni, senza alcuna distinzione, coniugate, nubili o vedove.

« Quest'Opera Nazionale ha già pubblicamente proclamato il suo dovere e la ferma volontà di adoperare ogni mezzo, dai repressivi ai persuasivi, dalle denunzie agli incoraggiamenti ed ai premi, perchè cessi questa deplorevole e sistematica inadempienza ad un obbligo di legge, in conseguenza della quale i figli delle operaie rimangono privi del latte materno. D'altra parte l'Opera Nazionale, mentre si propone di curare che si istituiscano le camere di allattamento prescritte dalla legge, intende che esse non siano depositi di lattanti ma veri e propri nidi, bene illuminati e ventilati, ben riscaldati nella stagione fredda, tenute sempre in istato di scrupolosa pulizia, provviste di acqua e convenientemente arredate (come prescrive il regolamento generale sull'igiene del lavoro, approvato di recente dal Consiglio Superiore dell'Economia Nazionale), e dove i piccini non debbano avere soltanto una materiale custodia, ma ricevere una vigile e diligente assistenza igienico-sanitaria.

« Per lo svolgimento di questo programma di azione, l'Opera Nazionale conta sulla fervida attività dei Consigli delle associazioni provinciali i quali, direttamente o per mezzo dei Comitati di patronato, devono accertare quali stabilimenti ottemperino alle suddette disposizioni e quali manchino, riferendo caso per caso all'Opera Nazionale ed indicando quale possa essere la più appropriata azione di intervento per persuadere l'imprenditore che non lo avesse già fatto a creare nella propria officina la camera di allattamento o se già esistente la più larga ed assidua assistenza e tutela dei piccoli ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCARANO D'ISTRIA (*Trieste*). *Sanatorio Popolare « Conte Petitti di Roreto »*. — Direttore tecnico ed amministrativo. Stip. L. 30,000, vitto, obbligo di residenza. Il termine utile per la presentazione dei documenti alla Segreteria dell'O.N.I.G. in Trieste, scade il 12 giugno 1927. Per chiarimenti scrivere alla Segreteria.

BIANCO (*Reggio Cal.*). — L. 6000 (*sic*) e 4 quadr. dec.; L. 2500 cav.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10. Scad. 15 giugno.

FORLÌ. *R. Prefettura*. — Uff. san.; L. 14,000, oltre L. 2000 serv. att. e L. 2000 supplemento integrativo; doppio c.-v.; 10 bienni ventes. Divieto di esercizio profession. e di qualsiasi altra mansione od ufficio. Scad. 15 giugno.

GENOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario e direttore dell'Ufficio Municipale d'Igiene del Comune di Genova unificato. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 19.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Vice primario specialista in pediatria medica; scad. 8 giugno; vedi fasc. 21.

IVREA (*Aosta*). *Ospedale Civile*. — Due assistenti della Sez. Chirurgica; scad. 20 giu.; v. fasc. 21.

LAGONEGRO (*Potenza*). — A tutto 30 giu.; lire 7000 per 600 pov. e 6 quadr. dodicesimo; docum. a 3 mesi; tassa L. 50; età lim. 40 a.; serv. entro 15 giorni.

MANTOVA. — Scad. 10 giu. Medico di Riparto; L. 9000 e 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 1170-1800; età lim. 40 a.

MERANO. *Cassa Circondariale per Ammalati*. — Il Consiglio d'Amministrazione apre nuovamente il concorso ad un posto di capomedico e sei posti di medico rionale. Scad. 15 giugno. Stipendio lordo mensile per il capomedico L. 2200, per i medici rionali L. 1400. Età massima a. 50. Nell'esame dei titoli verrà tenuto conto della conoscenza della lingua tedesca. Diritti e obblighi sono specifici nel regolamento di servizio che si può avere dalla Segreteria.

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona*. — Sono vacanti posti di medico assistente negli Istituti elioterapici-chirurgici e profilattici in Pietraligure; L. 12,000, oltre vitto e alloggio. Domande e richieste d'informazioni all'Amministrazione (via Cesare Correnti 13, Milano).

MOGLIANO VENETO (*Treviso*). *Pio Istituto Costante Gris*. — Direttore sanitario. Stip. lordo L. 22,000 aument. del dec. per 5 quinq.; indenn. c.-v., alloggio a muri vuoti, orto, illuminaz. gratuiti. Scad. 15 luglio. Per migliori chiarimenti chiedere bando concorso al segretario sig. E. Pavan.

S. GIOVANNI DEL DOSSO (*Mantova*). — Scad. 5 giu.; L. 9000 e 4 quadr. dec.; c.-v. in L. 2000; uff. san. L. 300; indenn. trasp. variabile; tassa L. 50.15.

S. PIETRO VIMINARIO (*Padova*). Proroga a tutto giugno.

SONNINO (*Roma*). — A tutto 25 giu.; v. fasc. 21.

SULMONA (*Aquila*). *Casa Santa dell'Annunziata*. — Aiuto di chirurgia nell'Ospedale Civile; scad. 10 giu.; vedi fasc. 21.

TODI (*Umbria*). — Al 1° lug., 4ª cond. rurale; L. 8000, oltre L. 600 serv. att., assegno mezzi trasporto (automobile o carrozza), due c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; docum. a 3 mesi dal 29 apr.; serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio.

CONCORSI A PREMI.

Premio internationale Aurelio Bianchi.

Dalla Facoltà di medicina e chirurgia della Regia Università degli studi di Perugia è bandito un concorso ad un premio di L. 10,000 destinato a premiare i lavori eseguiti nel campo della Fonendoscopia, Fonendografia, Fonendometria. Questi lavori debbono avere carattere sperimentale ed applicazioni nel campo della Semeiotica. Il concorso è aperto a studiosi di ogni nazionalità. Possono concorrere al detto premio singoli autori o più autori, che abbiano lavorato in collaborazione. Si può presentare tanto un'unica memoria quanto un gruppo di memorie, collegate fra loro e riguardanti gli argomenti considerati nel concorso. I lavori dovranno essere dattilografati, non essere stati pubblicati per l'innanzi e potranno essere redatti in una delle seguenti lingue: italiana, inglese, francese, tedesca, spagnola, portoghese. Norme consuete.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria dell'Università, e pervenire entro le ore 18 del 24 maggio 1928.

Chiedere programma al preside della Facoltà prof. O. Polimanti.

Concorso Ars Medica.

La rivista « Ars Medica » di Barcellona indice tre concorsi:

1° Premio « Ars Medica » di 2000 pesates e 2 accessit di 500 pesetas, per lavori preferibilmente sperimentali e che rischiarino lati pratici di procedimenti diagnostici (di laboratorio e fisici) o terapeutici;

2° Premio Ruiz Arnan di 500 pesetas, alle stesse condizioni;

3° Premio Dexeus Font di 1000 pesetas, riservato a laureati del 1925-27, per lavori di ostetricia o ginecologia.

Ai primi due sono ammessi i medici stranieri, purchè i lavori siano presentati in lingua spagnola.

Chiedere programma all'« Ars Medica », Calle Balmes 152 (accesorio), Barcelona (Spagna). Scad. 1° ottobre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Ministero dell'Interno con R. D. 13 marzo sc. ha nominato componente del Consiglio Centrale dell'Opera Naz. per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, quale rappresentante del Partito Nazionale Fascista, il dott. prof. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato Medico di Roma e Provincia.

NOTIZIE DIVERSE.

Deliberazioni del Governo in materia sanitaria.

Il Consiglio dei Ministri nella riunione del 5 corr. ha preso fra l'altro le seguenti deliberazioni: disegno di legge che stabilisce il condono, a favore dei Comuni delle provincie venete e di Mantova, delle quote di spese dovute dai Comuni stessi al Tesoro dello Stato, per spedalità; schema di provvedimento che proroga il termine stabilito per l'attuazione del piano di decentramento dell'assistenza ospitaliera, esercitata dagli Istituti ospedalieri di Milano a favore dei Comuni dell'antico Ducato di Milano, per l'integrazione delle norme relative alla nuova sistemazione ospitaliera, e per conferire ai prefetti particolari facoltà onde mettere in grado i nosocomi di assolvere le funzioni ad essi affidate e si stabilisce che le Amministrazioni degli Ospedali designati a sede di circolo in base ai decreti organici, possono essere autorizzate a rivedere e riformare gli organici; schema di provvedimento relativo all'istituzione in Roma di una Scuola superiore di malariologia.

Dei provvedimenti più sopra indicati ci occuperemo nell'apposita rubrica della « Politica sanitaria », quando saranno ufficialmente pubblicati; della Scuola superiore di malariologia abbiamo già dato ampia notizia.

Associazione Sanitaria Milanese.

L'Associazione Sanitaria Milanese — una delle più vecchie istituzioni mediche cittadine — ha superato una crisi difficile che minacciava di travolgerla.

Fortunatamente l'opera vigile ed attivissima del suo presidente prof. Filè-Bonazzola, il quale ha trovato l'appoggio cordiale ed intelligente dei capi del fascismo milanese, ha valso a salvarla da certa morte.

Per esplicare il suo nuovo programma ha ora modificato il proprio Statuto e sotto la direzione del nuovo Consiglio Direttivo, presieduto dal prof. Piero Boveri, prossimamente inizierà le sue « conversazioni mediche » che avranno luogo il primo e il terzo giovedì di ogni mese (esclusi i mesi estivi) alle ore 18 nel salone di via S. Paolo, n. 10.

Congresso francese di Medicina.

Il 19° Congresso francese di Medicina si terrà a Parigi dal 10 al 13 ottobre, sotto la presidenza del prof. Teissier.

Temi: « Semeiologia delle setticemie mediche », relatori Gastinel e Reilly (Parigi), de Lavergne (Nancy), Arloing e Dufourt (Lione); « Fisio-patologia degli edemi », relatori Mauriac e Aubel (Bordeaux), Govaerts (Bruxelles), Vallery-Radot (Parigi); « Indicazioni mediche e valore terapeutico della splenectomia », relatori Fiessinger e Brodin (Parigi), Nanta (Algeri), Tapie (Tolosa).

La quota è fissata in 50 franchi per gli aderenti, 25 per gli associati (persone di famiglia degli aderenti, interni ed esterni degli ospedali, studenti).

Le domande d'iscrizione vanno indirizzate al sig. Pierre Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain 120, Paris (6e), cui va rimesso anche l'importo (in chèques o sul conto corrente postale n. 599).

Per informazioni complementari rivolgersi al « Bureau de l'Association pour le Développement des Relations Médicales avec l'Étranger » (A. D. R. M.), ovvero all'Ufficio permanente del Congresso (Salle Béclard, Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine 12); od anche al segretario generale, Dr. M. Chiray, rue Pétrarque, 14, Paris (16e).

Corsi per laureandi a Ginevra.

Dal 5 al 30 settembre si terranno, presso la Facoltà medica di Ginevra, dei corsi per laureandi, con dimostrazioni, esercizi pratici e lezioni sui malati. Vi sono ammessi studenti di tutte le nazionalità. Tassa unica globale: 80 franchi svizzeri. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria. Gl'insegnamenti saranno impartiti dai proff. M. Askanazy (anat. pat.), M. Roch (clinica med.), E. Kummer (Cl. chir.), O. Beuttner (Cl. ost.-gin.), P. Gautier (Cl. ped.), D. Gourflin (Cl. oft.), C. Ladame (Cl. psich.), E. Long (Cl. neurol.), C. Du Bois (Cl. dermo-sifil.), B. Wiki (Terapia), R. de Seigneux (Ambulatorio ostetr.-gin.), A. Pugnat (Amb. oto-rino-lar.), F. Neville (Med. leg.), C. Julliard (Chir. degli infortuni sul lavoro), H. Christiani (Igiene industr.). Verranno organizzate due gite a stazioni balneari e climatiche.

Conferenza del prof. Meinicke.

Alla presenza dei clinici e degli ospedalieri, di molti medici e studenti dell'Ateneo Romano, il prof. Meinicke, di passaggio per Roma, illustrò il concetto, la tecnica e l'importanza delle sue reazioni sulla sifilide. Si fermò sulle reazioni di flocculazione e di intorbidamento e spiegò come con sistematiche ricerche giunse alla sua prima reazione. Nel 1919 perfezionò i suoi studi e descrisse la terza modificazione del suo metodo e così, sempre preoccupato di rendere la reazione più semplice e più celere, giunse qualche anno dopo alla reazione di intorbidamento M.T.R. e alla microreazione M.M.R., che in sostanza sono reazioni a microflocculazione.

Il prof. Meinicke illustrò la tecnica con prove pratiche su sieri sifilitici e non sifilitici gentilmente concessi dall'Ospedale venereo di S. Gallicano, e dimostrò così la celerità e la praticità delle sue reazioni che sono di grande aiuto nella pratica clinica, specie in quegli ospedali ove mancano gabinetti sierologici completi. Illustrò inoltre tutti i vantaggi e fece gli opportuni confronti con tutte le reazioni sierologiche esistenti per la diagnosi della sifilide, sia per quanto riguarda il valore clinico, sia la sensibilità specifica, ed il grande aiuto di esse nella lotta contro questa malattia sociale. Terminò dicendo che egli non si fermerà

nello studio di queste ricerche, desiderando portare le indagini sierologiche per la sifilide ad una semplicità tale, da permettere ad ogni medico di praticarle in brevissimo tempo ed in modo sistematico nel proprio gabinetto, come oggi si fa per la ricerca di molti componenti patologici delle urine.

Vigilanza igienica sul latte a Pavia.

Il Podestà ha pubblicato un manifesto in cui, fra l'altro, è detto che chiunque intende introdurre in città latte per uso alimentare diretto ai pubblici spacci doveva presentare, entro il 15 maggio corr., al Municipio apposita domanda, indicando le stalle da cui proviene, nonchè il numero delle bestie da latte, il nome ed il domicilio del destinatario. Solo dopo constatate le condizioni igieniche delle stalle e quelle sanitarie degli animali lattiferi sarà rilasciata la licenza di introduzione da esibirsi ad ogni richiesta degli agenti comunali.

L'Università di Innsbruck.

Il 26 aprile la capitale del Tirolo ha commemorato il 250° annuale della fondazione della sua Università (l'imperatore Leopoldo I aveva rilasciato ai gesuiti il relativo diploma il 26 aprile 1677).

La cerimonia, ricca di discorsi, è stata improntata ad austerità.

Elargizioni cospicue.

Il dott. Edmond de Rothschild ha donato 30 milioni di franchi alla Fondazione da lui creata, presieduta da Paul Appel, allo scopo di erigere un grande Istituto di biologia fisico-chimica e di assicurarne il funzionamento.

Il giapponese Jirohaki Satsuma ha stanziato, presso l'Università di Parigi, 3,500,000 franchi per costruire un immobile destinato ad alloggiare gli studenti giapponesi che frequentano gl'istituti superiori di Parigi; ha donato 350,000 franchi per il collegio degli studenti giapponesi di Parigi.

Il marchese de Crewe, ambasciatore a Parigi di S. M. Britannica, ha offerto 300,000 franchi all'Università di Parigi, come concorso al « Fund for the British Institute in Paris », destinandola a migliorare l'immobile di rue de la Sorbonne 6, che sarà capace di alloggiare circa 300 studenti; la Fondazione ha anche lo scopo di diffondere in Francia la conoscenza dei gusti e delle tradizioni inglesi e di concorrere allo sviluppo della « Guilde internationale ».

Istituto russo per la cura del cancro.

Il 29 gennaio venne inaugurato a Leningrado un istituto per la cura del cancro, dipendenza dell'Istituto di Stato di Röntgen e Radiumterapia, diretto dal prof. Nemenow. La clinica è installata in apposito edifizio con laboratori e biblioteca e porta il nome di Clinica « Bergonié », lo scienziato francese che alla cura del cancro consacrò tutta la sua attività.

Fondazione Harmsworth.

In memoria di R. L. St. J. Harmsworth è stata costituita a Londra, una fondazione intitolata al di lui nome, che si propone di promuovere le ricerche sulla endocardite ulcerosa. Tale fondazione, ricca di 25,000 sterline, si propone: *a*) di raccogliere tutta la letteratura esistente sull'argomento specialmente di casi clinici indiscutibili, e di contributi batteriologici e sierologici alla questione della natura infettiva dell'affezione; *b*) lo studio accurato di tutti i casi di tale malattia che si presentassero (e per questo scopo si fa appello alla collaborazione di tutti gli ospedali e le cliniche del mondo); *c*) di compiere particolari ricerche, seguendo i suggerimenti che potessero venire in proposito. Attualmente le ricerche più attive sono dirette alle reazioni sierologiche contro gli agenti della malattia, ai batteri che sono in rapporto con questa affezione, ai metodi terapeutici di natura chimica e batteriologica, che si vanno sperimentando. La fondazione, su proposta del comitato scientifico, concede assegni agli studiosi inglesi o di altra nazionalità, per aiutarli a compiere lavori di chimica o di laboratorio, inerenti all'argomento, che vengano giudicati interessanti, sia che trattisi di ricerche da iniziare o già iniziate. Sono sussidiate anche ricerche di natura statistica. La entità della fondazione permette di conferire premi a tutti i collaboratori, i cui lavori siano giudicati di reale interesse. Ragguagli, richieste etc., dovranno essere indirizzati al Dr. F. Seymour Price, 41, Sloane Gardens, London S. W. 1.

Denunzia delle malattie professionali in Francia.

Una recente disposizione in Francia obbliga i medici a denunciare le malattie a carattere professionale provocate dal piombo e derivati, mercurio e derivati, idrocarburi e derivati (specie benzene, tetracloretano, tetracloruro di C, etilene perclorato, triclorato e diclorato, cloroformio, etano pentaclorato, nitrobenzeni), anilina e derivati, solfuro di C, vapori nitrosi, cloro, bromo, acido fluoridrico, gas solforoso, idrogeno solforato e solfidrato di ammoniaca, acido cianidrico, ossido di C (fosgene), formaldeidi, fosforo bianco e idrogeno fosforato, idrogeno arsenicato e composti arsenicali, catrame, olii minerali, bitume, cementi ed altri caustici, acido cromico e cromati alcalini, raggi X e sostanze radioattive.

Laurea revocata.

Il Senato Accademico dell'Università di Pavia aveva omologato la laurea in medicina conseguita da John Richard Brinkley presso la « Eclectic Medical University » di Kansas City (Missouri, S. U. d'A.); ora il rettore dell'Università, per disposizione del Ministro della P. I., ha annullato questo riconoscimento. Il Brinkley è inventore delle iniezioni per la determinazione a volontà del sesso del nascituro.

Per la strage delle mosche in Germania.

Dal 15 al 30 giugno, tutta la Germania sarà mobilitata contro i dannosissimi insetti. Cittadini, contadini, medici, professori, pedagoghi, ministri, generali, tutti i tedeschi insomma, parteciperanno in massa alla guerra alle mosche.

Per condurre vittoriosamente questa guerra di sterminio si è ricorsi a molti mezzi di propaganda. In tutti i comuni sono stati costituiti dei comitati locali. Presteranno inoltre il loro concorso tutte le associazioni che si occupano di questioni sociali e d'igiene, le compagnie di assicurazione, le Federazioni operaie e industriali, le società sportive, ecc. Sono stati distribuiti libri e opuscoli che dimostrano i grandi pericoli che nascono dal piccolo insetto; manifestini vennero gettati dagli aeroplani sulle città. Con proiezioni cinematografiche, con trasmissioni radiotelefoniche, viene spiegato ai nuovi soldati come si lotta contro le mosche.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di marzo 1927.

MALATTIA	28 Feb. 6 Marzo		7-13		14-20		21-27	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo	192	1488	2 9	1824	204	1630	245	1974
Scarlattina	113	255	95	222	93	248	99	219
Varicella	85	232	90	248	86	244	103	241
Vaiuolo e Vaiuoloide	1	1	—	—	—	—	1	1
Tifo addominale	139	323	149	331	138	311	173	367
Dissenteria	2	2	1	1	1	1	2	2
Difterite e croup	215	354	234	364	210	365	240	397
Meningite c. s. e.	9	19	15	18	9	9	8	8
Poliomielite a. a.	3	3	3	3	5	5	—	—
Encefalite letargica	8	8	9	9	9	11	8	8
Rabbia morsicati	49	70	44	59	61	95	66	96
Rabbia dichiarata	1	1	—	—	1	1	—	—
Pustola maligna	1i	11	12	12	6	12	10	11

Tifo petecchiale, Colera asiatico, Peste bubbonica = Nessuna denuncia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal A. M. A., 4 dic. — C. A. STOW. Ematoma ossificante. — J. E. HOUGHTON e al. La reaz. di Kahn. — J. KINGSBURY e S. M. PECK. Cura delle ulcere fagedeniche dei genitali.

Deut. Med. Woch., 17 dic. — FRIEDEMANN e DEICHER. La trasmissione della scarlattina. — v. WEIZSÄCKER. Substrato neurotico delle affezioni gastro-int.

Münch. Med. Woch., 17 dic. — WARNEKROS e al. Nuovo siero pel tratt. della sepsi puerperale.

Rev. de Cir., 10. — D. S. CUNEO. Pre- e postoperatorio. — A. GUTIERREZ. Drenaggio delle vie biliari.

Folia Med., 30 ott. — G. PIANESE. Mesoteliomi vasali, celomatici, mesenchimali; mesoteliomi.

Riforma Med., 20 dic. — A. BARLOCCO. La tbc. polm. — P. BERRI e M. WEINBERGER. Prova dell'istamina nelle affezioni gastr.

Presse Méd., 18 dic. — Numero su Laënnec.

Pathologica, 15 nov. — G. FRANCHINI e C. PATANÈ. Poliadenite subacuta epidemica in prov. di Bologna.

Wien. Arch. inn. Med., 2. — K. A. HAJÓS. Patogenesi dell'asma bronch. — H. DIMMEL. Reperti ematici nel linfogranuloma. — O. HALIF e P. MAHLER. Eritrocitosi.

Paris Méd., 18 dic. — Numero sulla fisioterapia.

Arch. de Med., Cir., ecc., 25 dic. — R. SERRANO DIAZ. Il fattore infettivo nelle malattie della tiroide.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero di neurologia.

Journ. A. M. A., 11 dic. — S. A. ROBINS e J. R. JANKELSON. Rilassamento cardio-esofageo. — J. V. GREENEBAUM. Dieta e rachitismo.

Arch. di Patol. e Clin. Med., nov. — S. LA FRANCA. L'angina di petto. — A. DALLA VOLTA. Itteri emolitici secondari.

Haematologica, VI. — G. DI GUGLIELMO. Il sistema reticolo-endotel.

Practitioner, gen. — H. ROLLESTON e al. Effetti del fumo di tabacco. — G. W. CRILE. L'anociassociazione.

Lancet, 1 gen. — R. HUTCHISON. La prognosi. — I. BENETT e al. La nefrosi lipoide.

Deut. Med. Woch., 1 gen. — E. MEYER. Influenza della coltura sull'umanità. — W. KOLLE e K. LAUBENHEIMER. La regressione della sifilide e cambiamento del suo carattere.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 31 dic. — E. BARONI. Tumori meningei.

Ann. de Méd., dic. — G. MARINESCO. Ganglioneuroma. — I. SKLODOWSKI. Casi larvati d'infezione reumatica.

Münch. Med. Woch., 31 dic. — CURSCHMANN. Ondate di malattie. — STRAUSS. Cause del reumatismo.

Mediz. Klinik, 31 dic. — S. ASCHEIM. Ormoni e gravidanza.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Il fascicolo 5 (Maggio 1927) contiene:

Rariora artis: S. CITELLI: Su un caso di cordoma maligno della volta faringea.
Raccolta di fatti: A. MALAN: Scheggia di granata rimasta sei anni nel blocco pterigo-mascellare. Rinite atrofica post-traumatica.
Fonetica biologica: B. CASELLA: La temperatura dell'aria espirata nel canto.
Osservazioni di clinica: G. LUGLI: Le lesioni della laringe nella tabe dorsale.
In biblioteca.
Recensioni: A proposito di un caso con localizzazione rara di botriomicosi umana. — Studio endocrinomorfologico in un caso di singhiozzo mestruale continuo. — L'opera del laringologo nel dispensario antitubercolare. — Cisti branchiogena latero-cervicale profonda destra. — Le mastoiditi a cellule mediali profonde e il loro decorso. — Sintomatologie speciali e complicanze dell'ostruzione nasale. — Modificazioni nelle cavità bronco-alveolari del sangue iniettato in trachea. — Variazioni della glicemia per applicazioni diatermiche sulla regione tiroidea. — Tendenze attuali nella cura chirurgica della nevralgia del trigemino. — Studio istologico dei tumori delle prime vie aeree. — Su di un caso di lesione mista tubercolare e sifilitica della lingua. — I miei due segni nelle adenopatie tracheo-bronchiali di natura Kochiana. — Gli insegnamenti del cancro delle prime vie respiratorie e digerenti. — Le pneumoconiosi e la tubercolosi polmonare alla lastra radiografica. — Polipo fibroso della tonsilla palatina di destra. — Reperto oculare in tre casi di etmoido-sfenoidite latente. — Sull'utilità del cateterismo medicato «per tubam». — Adenopatia e reumatismo articolare. — La radiumterapia nei tumori della bocca.
La nota storica: M. FABRONI: G. B. Borsieri e le sue conoscenze oto-rino-laringoiatriche.
Notizie e questioni.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate 1925 e 1926 del periodico stesso, per sole L. **45** se in Italia e per sole L. **70** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto. ROMA.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il fascicolo 5 (Maggio 1927) contiene:

Lavori originali: A. MATTINA: Le lesioni congenite del diaframma e l'insufficienza respiratoria del neonato.
Fatti e documenti: G. GUCCI: Sopra un caso di papilloma ovarico, con metastasi peritoneali ed intestinali, regredite dopo l'ovariectomia.
La rubrica degli errori: A. NORDIO: Cisti parovarica con torsione degli annessi che simula una gravidanza extra-uterina.
Note di terapia: G. PACI: Il raschiamento nell'aborto febbrile.
Riviste generali: A. MANNA: Le lesioni degli organi genitali femminili durante l'accoppiamento.
Il nostro referendum sul taglio cesareo, ecc.: C. COLOMBINO: Parere sintetico. — E. SANTI: La classica tecnica del taglio cesareo alla Porro ha oggi ancora ragione di essere praticata?
Commenti: O. VIANA: Per una bibliografia ostetrica e ginecologica italiana.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Manovre per facilitare l'impegno della testa presa col forcipe allo stretto superiore. — Iniezione transperitoneale di ecbolici. — Embolia gassosa durante un taglio cesareo. — Morte in travaglio di parto per ernia traumatica del diaframma. — Eclampsia senza albuminuria. — **Ginecologia**: La radioterapia del cancro dell'utero nella letteratura anglo-americana. — Un caso di endometrioma dell'ombellico. — Gli adenomiomi extra-uterini. — **Pediatria**: Patogenesi della melena dei neonati. — Azione dell'insulina sulla curva del peso corporeo dei nati prematuri. — **Note di biologia**: Il collo dell'utero è uno sfintere? — Il sistema reticolo-endoteliale in gravidanza. — Le piastrine del sangue durante la mestruazione.
I libri.
Varietà.
Notizie.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il fascicolo 1° (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto. ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel Policlinico se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier — V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIV Roma, 6 Giugno 1927 Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Costole cervicali.

Osservazioni cliniche e classificazioni. (1)

Prof. STAFFIERI DAVID
Professore di Clinica Medica dell'Università di Rosario di Santa Fè.

L'anomalia originata da che il tubercolo anteriore o costale della apofisi trasversa della 7ª vertebra cervicale si sviluppa fino al punto di rappresentare una costola cervicale, sopragiacente alla 1ª costola dorsale normale, non è del tutto rara e suole avere come conseguenza sindromi di interpretazione non sempre facile. Avendo avuto occasione di esaminare una serie, relativamente numerosa, di questi ammalati, mi è parso interessante abbozzare in questa comunicazione, una classificazione clinica della sindrome delle costole cervicali senz'altra pretesa se non quella di portare con la mia modesta parola, l'omaggio di rispetto e di venerazione che per questa illustre e benemerita Accademia professa la scuola alla quale appartengo.

* * *

Le molestie determinate per le C. C. appaiono in generale nell'adolescenza e nella gioventù. Nella statistica di Dalla Vedova che riunisce 30 osservazioni risulta che le prime molestie si manifestarono fra i 10 e 14 anni, 5 volte; fra i 15 e 19, 9 volte; fra i 20 e i 24, 6 volte; fra i 25 e 29, 3 volte; fra i 30 e i 34, 5 volte, e, fra i 35 e 40, 2 volte. Nella statistica più recente di Keen, fra i 7 ed i 15 anni, 16 volte; dai 15 ai 20, 15 volte; dai 20 ai 30, 8 volte; dai 31 ai 40, 11 volte ed una volta a 62 anni. È dunque un caso di più di anomalia congenita che non si rivela per sintomi morbosi fino ad un certo periodo della vita nel quale, *nuove relazioni anatomiche determinate dallo sviluppo, o la somma di altri fattori patogeni determinanti*, come le intossicazioni, le infezioni ed i traumatismi, che agiscono con più facilità sopra organi fragilizzati per le anormali condizioni che la C. C. crea, determinano l'apparizione delle prime molestie.

---

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Roma nella seduta del 30 aprile 1927.

La anomalia si traduce in fenomeni clinici con una frequenza approssimativamente doppia, nella donna più che nell'uomo, secondo le numerose osservazioni degli altri e mie.

I sintomi dipendono sia dai processi patologici che si stabiliscono nella costola supernumeraria, che sembra più esposta ai processi flogistici chè le costole normali (essendosi osservati anche in alcuni casi tumori, fratture, esostosi ecc.), sia, quel che è molto più frequente, dalla anormale relazione che l'osso anomalo prende con gli importanti organi della base del collo (arteria e vena succlavie, radici del plesso cervico-brachiale, simpatico cervicale, cupola pleurale, ecc.).

Dei sintomi soggettivi il più frequente è, senza dubbio, il dolore, di intensità variabile, a volte straordinaria, a localizzazione preferita nell'arto superiore e nel collo: dolori lancinanti di tipo nevralgico o radicolalgico. A volte si diffondono alla nuca, al territorio dei nervi cervicali superiori e del trigemino, alla scapola ed alla periferia laterale dell'emitorace corrispondente fino alla cintura. A volte il dolore è l'unica molestia soggettiva, altre volte si accompagna a parestesie diverse nel territorio di distribuzione del plesso e a disturbi di ordine vaso-motorio, formicolii, crampi, sudori facili, brividi ecc. Sogliono aversi, per di più, disturbi della sfera motrice che vanno dalla leggera difficoltà di movimenti con sensazione di debolezza e di torpore, fino alle paresie franche che assumono, a volte, come nell'osservazione di A. Lery, il tipo della pseudo paralisi radiale bilaterale con amiotrofia.

L'esame oggettivo può dare come principali sintomi, in primo termine, l'esistenza di un tumore visibile o palpabile nella fossa sopraclavicolare. Il tumore può essere tanto evidente che deforma la base del collo, sostituendo la normale concavità della fossa sopraclavicolare con una sporgenza più o meno voluminosa. Altre volte, al contrario, può solo essere riconosciuto da un'accurata palpazione, od anche, nei gradi minori dell'anomalia, passare completamente inavvertita. Quando il tumore è meno evidente può farsi più visibile facendo rotare la testa verso il lato opposto e abbassare la spalla dallo stesso lato. Al contrario, l'elevazione della spalla la dissimula più o meno completamente. L'esistenza di pulsazioni anormali nella regione sopraclavicolare è anche sintomo frequente, come anche la possibilità di avvertire battiti anormali e risvegliare colla palpazione sui tronchi nervosi — e questo è un dato al quale attribuisco grande importanza — dolori irradiati che l'ammalato accusa come una brusca esacerbazione di quelli che abitualmente soffre. Halbertsma sostiene che se queste costole raggiungono 5, 6 cm. di lunghezza, deviano l'arteria succlavia ed i nervi cervicali inferiori che restano tesi come le corde d'un violino sopra il loro cavalletto, secondo la classica comparazione di Ombredanne; di modo che, formando un arco più convesso dell'abituale, vengono in anormale contatto coi piani superficiali della base del collo, e questo spiega l'esistenza delle pulsazioni anormali visibili e palpabili, i dolori provocati dalla palpazione ed anche la facilità con cui possono agire i fattori traumatici e la maggior suscettibilità di quegli organi spostati e compressi dalla C. C.

I sintomi oggettivi nell'arto superiore, sono di ordine sensitivo, motore, vascolare e trofico. Le alterazioni oggettive della sensibilità vanno dalla leggera ipoestesia, fino all'anestesia franca di topografia radicolare. Le amiotrofie in relazione coi fenomeni paretici anteriormente menzionati, si osservano, con frequenza quasi esclusiva, nei muscoli della eminenza tenar in prima linea e poi nei restanti muscoli proprii della mano. Più raramente si diffondono ai muscoli dell'avambraccio, specialmente al gruppo degli epitrocleari.

I riflessi sono in generale diminuiti nell'arto offeso, nei muscoli atrofici vi è spesso diminuzione quantitativa dell'eccitabilità elettrica: reazione degenerativa parziale che si può trovare anche nei nervi.

I fenomeni vasomotori consistono nel raffreddamento, acrocianosi o, al contrario, nel rossore e nel calore della pelle. Quando la compressione è intensa e prevale sull'arteria può aversi ischemia accentuata con cianosi notevole; diminuzione e perfino soppressione del polso radiale e cubitale. Le alterazioni vascolari possono raggiungere gradi maggiori e così si sono descritti numerosi casi dove le lesioni parietali della succlavia determinate dalla C. C. diedero origine ad un aneurisma del vaso (Adams, Willshire Tilmann, Baum, Poland, Boyd ecc.). Si sono descritte estese trombosi a marcia ascendente che permettono palpare perfino la omerale e la ascellare come cordoni duri ed immobili ed alcuni casi di trombosi della succlavia o di un sacco aneurismatico di detta arteria, con cancrena consecutiva dell'arto. Il fatto di trattarsi d'individui giovani con arterie sane, spiega la rarità di questi casi per la facilità con cui si stabilisce una circolazione collaterale sufficiente. Quando i fenomeni di compressione prevalgono sulla vena, fatto assai più raro — come nell'osservazione di Botreau-Roussell — predominano i segni di stasi venosa, edema, cianosi, circolazione collaterale.

Pierre Marie e Chatelin hanno pubblicato un caso in cui coesisteva con la atrofia tenariana,

una malformazione cutanea, noevi pigmentarii di topografia segmentaria, nel territorio delle ultime radici cervicali destre; però il fatto dev'essere raro, giacchè non conosco altre osservazioni.

Più frequente è la sindrome di Cl. Bernard-Horner, che si spiega per le relazioni del simpatico cervicale con la VI e VII radice cervicale.

A questa alterazione del simpatico cervicale ho attribuito, in uno dei casi da me osservati nella clinica di Rosario, la salivazione sanguinolenta, sintoma che non ho visto mai riferito in altre osservazioni. Molti altri sintomi annotati nella già abbondante casistica pubblicata di C. C., come i disturbi della fonazione, la disfagia, gli accessi asmatiformi ecc., sono più difficilmente riferibili alla anomalia in questione e il loro significato patogenico è meno chiaro. Certamente di tutti i sintomi, nessuno ha un valore comparabile a quelli radiografici.

L'esame radiografico ci informa sopra l'esistenza o inesistenza dell'osso anomalo, la sua uni o bilateralità, la sua forma, grandezza, situazione, direzione, relazione con gli altri pezzi scheletrici, caratteri delle apofisi trasverse della VII vertebra cervicale ecc. ecc. L'intensità e la gravità della sintomatologia non sempre sono in proporzione col maggiore o minore sviluppo della costola cervicale. Conviene notare in primo luogo il fatto che, nel maggior numero dei casi, il portatore di una C. C. non è un ammalato e che solo in 5 a 10 % dei casi (Borcharts) questa anomalia dà manifestazioni morbose. Ed allato ai numerosissimi casi in cui una C. C. anche completa è sintomaticamente muta, è relativamente frequente, a giudicare dalla numerosa casistica recente (Crouzon, Pierre Marie, Honey, Neef, Jouilloud-Buyat, Novè-Josserand, Staffieri) che in luogo di una C. C. sia una semplice apofisi trasversa della VII cervicale anormalmente lunga e larga — ad ala di farfalla — o grande ed incurvata verso il basso, fatto al quale alcuni autori (Crouzon, Marie) danno molta importanza, la responsabile della sindrome. Succede per conseguenza con le costole cervicali e con le anomalie dell'apofisi trasversa della VII cervicale un fatto del tutto analogo a quel che succede con la sacralizzazione della 5ª lombare. Si presenta qui anche il problema patogenico del perchè questa anomalia che generalmente non provoca nessuna molestia, possa a volte originare così grande danno.

Non posso ora esaminare con la attenzione desiderabile questa così interessante questione.

Solo dirò che si può presumere che in un buon numero di casi il meccanismo patogenico è più complesso che quello di una semplice azione meccanica dell'anomalia, ossia che i traumatismi, le infezioni, le paresie dei muscoli della cintura scapolare, le coincidenti malattie del neuro-asse ecc., hanno un'importanza a volte preponderante nella sua produzione. È necessario ricordare anche che la pachi-meningite cervicale ipertrofica, la carie vertebrale, i tumori meningei, la gliosi spinale, che in qualche caso possono localizzarsi esclusivamente in un corno posteriore del midollo provocando nell'arto corrispondente, come unici sintomi, paralisi sensoriali, parziali, insieme con disturbi vasomotori; tutte queste malattie possono nascondersi sotto la fenomenologia di una nevralgia brachiale come dice Oppenheim e, coincidentemente, come aggiunge molto giustamente Dalla Vedova, accompagnarsi con una costola cervicale, che per se stessa non porterebbe nessun disturbo.

Questa coesistenza di C. C. e molestie, particolarmente nervose, che non le sono imputabili, non è solo un sospetto teorico e non deve essere considerata, secondo la molto autorevole opinione di Oppenheim, come una semplice coincidenza, ma dovuta all'evoluzione di anomalie molteplici in un terreno congenitamente tarato. Queste considerazioni hanno, come ben si comprende, una grande importanza pratica obbligandoci a pensare e ad investigare quelle possibili lesioni coesistenti per non mettere sistematicamente eccessive speranze nella terapeutica chirurgica che sola può rimediare i danni che l'osso supernumerario inferisca, per la sua azione meccanica, agli organi con i quali viene in anormale contatto.

Le classificazioni che si sono proposte di questa anomalia sono nella loro totalità anatomiche e basate sulle constatazioni necroscopiche od operatorie, o sulle radiografiche.

Tali le classificazioni di Gruber, Luska, Blanchard, Riesman, Ombrédanne, Pierre Marie e Crouzon, Dalla Vedova, Scalone, Sainton ecc. Solo citerò quelle di Dalla Vedova ed Ombrédanne.

Dalla Vedova divide le costole cervicali in 5 gruppi:

a) che non sporgono lateralmente dal processo trasversale vertebrale:

che, sporgendo lateralmente dal processo vertebrale trasversale,
- . . . . *b*) terminano libere.
- continuano
  - α) come un ponte osseo
  - β) come un ponte osteo cartilagineo, articolato
  - γ) mediante fascio fibroso
  - con la I costola dorsale.
    - *c*) nel suo corpo:
    - *d*) nella sua cartilag.:
  - . . *e*) con lo sterno.

Ombrédanne descrive e classifica così i tipi possibili:

1) La costola cervicale può essere completa. È in questo caso un pezzo osseo costiforme che sostituisce la 7ª apofisi trasversa cervicale ed è prolungata in avanti da una cartilagine costale che viene a unirsi col manubrio sternale.

2) A volte, la cartilagine costale della C. C. si confonde con la 1ª costola, l'insieme costituisce allora la costola bicipitale ad Y, che si trova nei cetacei *Boloenopteros laticeps, Focena communis* ecc.

3) A volte anche la C. C. non è rappresentata nella parte media del suo tragitto che da un tratto fibroso.

Fig. 1.

4) Più spesso la costola cervicale è incompleta ed è rappresentata dalle sue estremità.

5) Nelle forme più correntemente osservate la costola cervicale è una lamina ossea allungata ed arrotondata in connessione con la 7ª apofisi trasversa cervicale e terminantesi in avanti con una briglia fibrosa che arriva ad inserirsi sulla 1ª costola nelle vicinanze del tubercolo di Lisfranc.

6) Eccezionalmente si è visto una costola cervicale ridotta ad un abbozzo anteriore para-sternale.

L'insieme dei sintomi per i quali può manifestarsi l'esistenza di una C. C. si aggruppa in modo molto variabile nei diversi casi che si presentano all'osservazione di modo che possono classificarsi in diversi gruppi d'accordo col diverso aspetto sintomatico; e questo sotto il punto di vista medico-chirurgico e didattico mi pare molto più interessante che la classificazione anatomica giacchè l'esperienza ha dimostrato che le condizioni anatomiche non conservano nessuna relazione costante col quadro sintomatico.

E così, si potrebbe formare un primo gruppo con le *forme asintomatiche*, casi in cui la anomalia non ha altra importanza se non quella di una curiosità accidentalmente scoperta nel corso di un esame radiografico fatto, per esempio, per studiare lo stato degli apici polmonari.

Come paradigma potrebbe presentarsi l'osservazione che illustra la radio n. 1 (1). Si trattava della sorella d'un'ammalata che aveva molestie attribuibili a una C. C. nella quale per investigare il carattere familiare dell'anomalia, segnalato in alcune osservazioni, feci praticare un esame radiografico. Si vede nel lato sinistro una fina e lunga costola cervicale che partendo dall'apofisi trasversa della 7ª cervicale corre parallelamente alla 1ª costola normale con la quale sembra articolarsi nella sua parte mediana. Mancava assolutamente ogni molestia soggettiva ed oggettiva.

Un 2° tipo clinico — quello che comprende il maggior numero di casi osservati — può costituirsi con quegli ammalati nei quali esistono in modo esclusivo od assai preponderante i sintomi *nervosi*. Questo tipo potrebbe dividersi a sua volta — certo in forma un po' artificiosa — secondo che i sintomi sono di tipo esclusivamente nevralgico o radicolalgico o presentano altre manifestazioni, riflesse, trofiche ecc., di tipo neuritico o radicolitico. Illustrerò queste forme cliniche con due riassunti brevi di storie cliniche. La 1ª si riferisce ad una signorina di 26 anni che mi consultò al principio del 1924 e la di cui osservazione fu pubblicata nella *Rif. Med.* di Rosario in agosto dello stesso anno. È la sorella dell'ammalata riferita nell'osservazione anteriore. Quando mi consultò si lagnava di dolori che la molestavano da sette anni localizzati nella spalla destra e nella fossa sopraspinosa e sopraclavicolare della stessa parte. Al principio la sensazione anormale era come di stanchezza penosa alla quale presto si aggiunsero dolori costrittivi e lancinanti che si irradiavano dalla linea mediana posteriore e dalla parte laterale del collo in avanti diffondendosi a volte lungo il braccio fino alle dita. Qualche volta, sensazione di freddo, non molto molesta, nella mano. Ho notato inoltre — sopratutto dopo gli sforzi — che la saliva si tingeva di rosso.

L'esame della sensibilità, motilità, riflessia, tassìa, trofismo e circolazione sono normali nell'arto superiore destro e nel collo. La palpazione profonda della fossa sopraclavicolare per-

(1) Devo le radiografie che documentano questa comunicazione, come pure alcuni suggerimenti riguardo alla classificazione che propongo, alla illuminata collaborazione del radiologo dott. M. Vignoles, da Rosario.

mette riconoscere una sporgenza dura, allungata, che si dirige in basso ed in avanti quasi verticalmente sparendo dietro la clavicola.

La palpazione è dolorosa provocando viva esacerbazione dei suoi dolori abituali. Sopra questa tumorazione profonda passa l'arteria succlavia nella quale si palpa un trill a quel livello.

L'esame radioscopico e radiografico (Radio N. 2) mostra l'esistenza di una costola che partendo dalla 7ª cervicale attraversa la zona chiara normale del vertice e mantenendosi indipendente dalla 1ª costola sembra raggiungere in avanti lo sterno. È una costola cervicale completa unilaterale.

Nell'anno 1925 fui consultato da un'ammalata che riferiva essere stata operata sei mesi prima di una colecistite cronica calcolosa praticandole

Fig. 2.

una colecistectomia. Nello svegliarsi dall'anestesia sentì un dolore così intenso che le strappava grida e che l'obbligò, durante qualche giorno, all'uso della morfina, tutto lungo l'arto superiore destro, dalla spalla alla punta delle dita. Insistentemente interrogata riferisce che già da alcuni mesi prima dell'operazione aveva alcune parestesie (formicolii, crampi) nello stesso arto. A quel dolore che, con piccole alternative, continuava fino al momento della consultazione, si aggiunse, poco dopo, difficoltà nei movimenti, sensazione di pesantezza e debolezza nell'arto, con marcata diminuzione della forza, poi un dimagrimento molto notevole dei rilievi muscolari della mano ed avambraccio. Per tutte queste molestie, dolore, impotenza ed atrofie veniva alla consultazione.

Nell'esame si constatava un'atrofia molto accentuata a livello del gruppo tenariano e degli interossei e lombricali e, meno notevole, della eminenza ipotenare. Vi era anche atrofia ben evidente del gruppo epitrocleare. Disturbi trofici discreti, nella mano, unghie grosse e incurvate, pelle fina, lucente, acrocianosi marcata, iporiflessia accentuata, reazione di degenerazione parziale dei muscoli atrofici. Ipoestesia tattile e dolorifica nella mano e faccia interna dell'avambraccio e braccio. La palpazione del collo non dava altro dato positivo che la produzione di vivo dolore irradiato al braccio, lancinante che, secondo l'ammalata, riproduceva le sue crisi di dolore spontaneo, quando si palpava la parte laterale della colonna nella zona corrispondente alla 7ª cervicale. Non vi era tumore. Nella radiografia (n. 3) si vedono due apofisi trasverse considerabilmente ipertrofizzate, allungate, allargate, obliquamente dirette verso il basso e fuori, con riduzione considerevole dello spazio che le separa dall'apofisi seguente.

Fig. 3.

Questa ammalata fu operata dal dott. Lelio Zeno. L'intervento consistè nel resecare parzialmente la apofisi trasversa destra della 7ª cervicale sopra la quale passava un ramo evidentemente ingrossato del plesso cervicale. La sparizione dei dolori fu immediata e definitiva e l'ammalata seguitò a migliorare lentamente delle altre molestie, di maniera che tre mesi dopo già poteva considerarsi guarita rimanendo unicamente tracce delle sue atrofie e molto lieve diminuzione di forza nella mano.

Il 3° tipo clinico della classificazione sarebbe costituito da quei casi in cui il tumore, uni- o bilaterale, costituisce il sintomo più emergente ed anche quel che può con più facilità indurci in errore.

La seguente osservazione potrà servire come esempio: Signora di 30 anni, che ha sofferto, un anno fa, d'un'infezione di tipo grippale benigno, nella convalescenza della quale cominciò a sentire dolori che partendo dalle parti laterali

del collo si irradiavano in alto e dietro e verso le spalle e le braccia. La nevralgia è discretamente molesta, ma nell'esame l'attenzione è richiamata specialmente dall'esistenza di due tumori che ingrossano notevolmente ambedue le fosse sopraclavicolari, il sinistro maggiore del

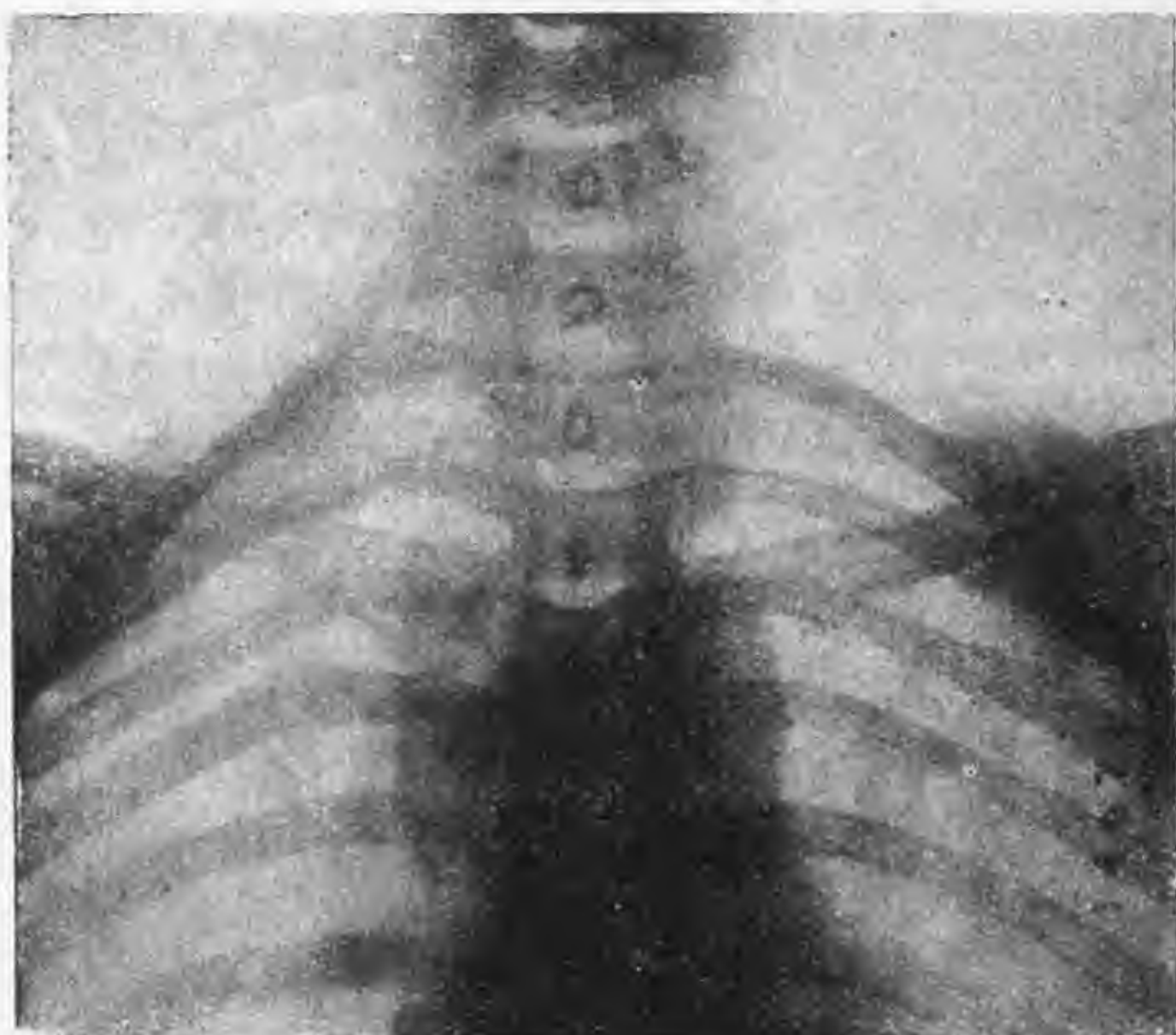



Fig. 4.

destro, della dimensione di un mandarino, lisci, duri, dolorosi alla palpazione, la di cui estremità interna si confonde con la colonna e la esterna si perde nei piani profondi verso la parte media

Fig. 5.

della clavicola Le radiografie (4-5-6) mostrano a destra una lunga e fina C. C. che termina in avanti nella parte media della 1ª costola normale con la quale si unisce, e dal lato sinistro una costola più corta e grossa che credemmo in una prima radiografia come una interposizione cartilaginea verso la sua parte media, mentre le radiografie seguenti e l'intervento ulteriore mostrarono che si articolava con una apofisi ascendente partita dall'angolo supero-interno della scapola.

Quest'ammalata fu operata dal dott. Abalos che le praticò la resezione della C. C. sinistra. La resezione fu subtotale, restando una piccola parte che si articola con la apofisi trasversa. Il miglioramento ottenuto in ciò che si riferisce alla nevralgia fu molto scarso per lo meno nel breve tempo in cui ho potuto seguire l'ammalata dopo l'intervento.

Il 4° tipo del quale non è caduto sotto la mia osservazione personale nessun caso tipico, sarebbe costituito da quei casi molto numerosi nella letteratura, dove c'è un netto predominio di sintomi vascolari. Anche in questo tipo potrebbero farsi due gruppi: quelli dove predominano i sin

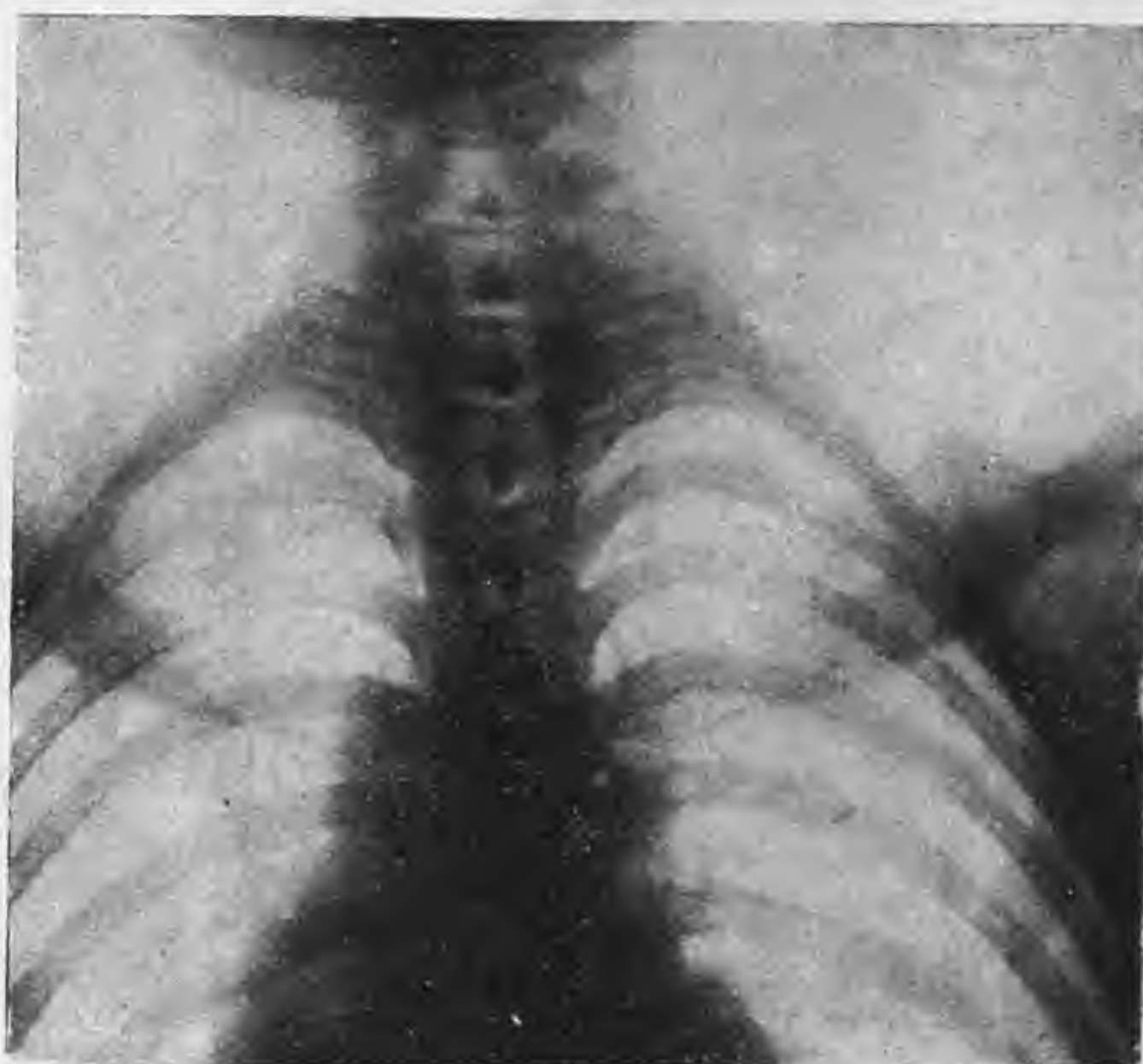



Fig. 6.

tomi di compressione arteriosa, come il caso pubblicato da Dalla Vedova, e quelli, più rari, dove predominano i sintomi di compressione venosa come il caso di Botreau-Roussell.

Potrebbesi anche costituire un quinto gruppo con tutti quei casi dispersi nella copiosa casistica esistente nei quali l'anomalia è stata rivelata per sintomi meno frequenti e molte volte di spiegazione patogenica oscura, come accessi dispnoici, asmatiformi, crisi di tachicardie, dolori toracici estesi, spasmi del diaframma (Hunt), disfagie, sintomi oculari (Furnsohr). Casi dunque di sintomalogia rara o insolita.

Naturalmente questa classificazione è, come d'altra parte quasi tutte in nosografia, schematica ed artificiale, numerosi casi presentando in maggior o minor grado una mescolanza di sintomi nervosi, vascolari, tumore, ecc.

Però con tutto questo, mi pare d'accordo col

fatto di osservazione che le serve di base, che il maggior numero di questi ammalati presenta il predominio netto di un sintomo o di un gruppo di sintomi. Questa classificazione avrebbe ottenuto il suo scopo se servisse per far sì che in presenza di un tumore duro della base del collo, di una nevralgia cervico-brachiale, la di cui spiegazione non si veda chiara, o di disturbi circolatori dell'arto superiore da causa non ben definita, si pensasse con più frequenza di quello che comunemente si fa a questa anomalia che la mia personale esperienza mi ha dimostrato non essere del tutto rara.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIV. DI FIRENZE

Contributo alla conoscenza della premicosi. Dati clinici ed anatomo-patologici

per il dott. TOMMASO VENTURI, assistente.

Espongo brevemente il caso d'una dermatosi cronica generalizzata a chiazze lichenificate con produzioni verrucose e malanodermia maculosa, che, a mia impressione, è interessante poichè è uno di quelli per i quali non si può formulare clinicamente una diagnosi precisa nè si può inquadrare in un capitolo determinato di patologia. Peraltro presentando lesioni identiche a quelle di altre forme ben conosciute e osservandosi un divario fra decorso clinico e lesione anatomopatologica, può essere istruttivo per spiegarci le forme alle quali si avvicina e dimostrarci i gradi di passaggio o gli anelli di congiunzione fra nosografie ben definite.

Si tratta di una donnina, Adele M. di anni 67, tessitrice, da Castrocaro.

Nulla di notevole a carico degli ascendenti e collaterali.

La nostra P. ebbe l'infanzia e la prima giovinezza normali.

Nulla degno di nota nella sua vita se non il male attuale.

Andò a matrimonio a 22 anni; nessuna gravidanza.

A 27 anni soffrì d'asma bronchiale essenziale per un mese circa, in forma abbastanza lieve, tanto da poter continuare il suo lavoro abitudinario. Verso questa stessa epoca notò sulle braccia alcune chiazzettine a tipo eczematoso senza molestia alcuna ma pressochè fisse e costanti. D'estate, vivendo a Castrocaro, faceva, per queste, un periodo di circa quindici giorni di bagni solforosi, che le recavano un giovamento apprezzabile. Tale dermatosi però, lungi dal guarire, si diffondeva costantemente e, dalle braccia, si estese al petto, gambe, schiena invadendo gradatamente tutto il corpo. Il male, lento nei primi anni, assunse un'evoluzione rapida nell'ultimo decennio trasformandosi visibilmente da circa cinque anni. Le chiazze iniziali eczematose sono andate ingrandendosi: in massima parte si sono profondamete infiltrate assumendo l'aspetto lichenoide ed in parte si sono ricoperte di produzioni verrucose. A tali manifestazioni si sono aggiunte delle chiazze di colorito nerastro irregolari per forma e disposizione. Descriveremo in seguito singolarmente tali lesioni.

E. O. — Costituzione scheletrica normale, in buone condizioni di nutrizione, lieve ipotonia muscolare arti superiori, mucose visibili rosee. Oltremodo ingorgati i gangli inguinali ed ascellari: ingrossati più di tutti si presentano i crurali i quali sono della grossezza d'una noce, e più grossi, individualizzati e mobili, non dolenti; gli ascellari meno numerosi, alquanto più piccoli ma con gli stessi caratteri degli altri.

A carico del cuore la P. dice di non aver mai sofferto alcuna malattia; non ha mai accusato dolori, nè stanchezza od affanno nel respiro; all'ispezione non si nota alcun rientramento della regione cardiaca, ictus normale al quinto spazio; normale pure il polso. Margini antero inferiori dei polmoni ugualmente espansibili e bene apprezzabili alla percussione; diaframma ugualmente spostabile a sinistra come a destra. Nessun rumore e nessun sfregamento all'ascoltazione. Ciò non pertanto si nota una sinechia del pericardio rilevabile con la radioscopia; questa stessa non dà nulla a carico dell'apparato respiratorio. Polso: 78; Respiro: 24; Pressione: massima 174, minima 96.

(Omerale — Sfigmomanometro R. R.).

Esame sangue: Emoglobina 65; Globuli rossi 3500000; Globuli b. 9400.

Rapporto 1/361; Valore globulare 0.92; Formula leucocitaria: Pol.: neut. 60 %; basofili 1; eosinofili 5; Mon: piccoli: 26.50; Medi 1; Grandi: 1; Forme passag. 5.50. Negative le diverse prove di deviazione di complemento e flocculazione per la sifilide. Negative la Besredka e la cutireazione per la tubercolosi. Nulla di anormale all'esame dell'urina.

Cute. — All'ingresso in Clinica la dermatosi è estesa a tutto l'ambito cutaneo, compresa anche la faccia. Ad un apprezzamento d'insieme superficiale presenta un fondo quasi uniformemente eritematoso, con pelle profondamente infiltrata ed ispessita.

Per quanto la dermatosi dia un'apparenza d'insieme omogenea, per la sua generalizzazione, pure è costituita da lesioni varie e grossolanamente ben differenti fra loro: si notano disseminate chiazze eczematose, lichenoidi di varia grandezza, in qualche punto confluenti, con quadrettatura della cute molto esagerata, lucente in punti, in altri invece ricoperte di squame pitiriasiche aderenti. Tali chiazze, di colorito dal rosso al paonazzo, si alternano con altre, meno numerose, ma più grandi, rilevate, molto più infiltrate, da sormontare le prime, ricoperte da squame fogliacee caduche. A completare la irregolarità e rugosità della cute, si aggiungono delle chiazze di verruche pianeggianti, ma irregolari alla superficie, della grandezza di uno scudo d'argento o più piccole, molto rugose al tatto.

Fra questi differenti tipi di lesioni s'interca-

lano delle macchie rotondeggianti della grandezza d'un soldino ed aggruppate da formare una grande chiazza di colorito prettamente nerastro. Esse sono sparse senza localizzazioni speciali, notandosi su qualsiasi lesione sopradescritta e in tratti di cute apparentemente sana. Fra i territori colpiti dalle suddescritte lesioni si notano chiazze di cute di colorito bianco anemico, a limiti nettissimi, come isolotti sparsi irregolarmente.

Esame istologico. — Sono state eseguite diverse biopsie: sulla faccia esterna della coscia s'è asportato un pezzetto comprendente una chiazza fortemente infiltrata ed una verruca; dalla stessa località un secondo pezzetto di cute apparentemente normale ed una chiazza lichenoide. Dalla schiena s'è praticata un'ultima biopsia comprendente una macchia su cute apparentemente sana.

Per non ripetermi, essendo le alterazioni presentate dai diversi preparati, simili fra loro, eccetto quei dettagli dati dalle differenti lesioni macroscopiche, accennerò a queste separatamente descrivendo insieme le lesioni fondamentali comuni.

A piccolo ingrandimento si notano, in corrispondenza della verruca paracheratosi irregolare, per diverso sviluppo, sfaldantesi in lunghi e larghi strati, che seguono quello corneo al quale è unita differentemente da tratto a tratto. Così, mentre dove lo strato corneo presenta la sua struttura normale, la paracheratosi è staccata unendosi solo in punti limitati, dove invece non si riesce a distinguerlo per essere costitutito o da un solo strato di cellule cornee o da nessuno, la paracheratosi pare continuarsi direttamente con lo strato granuloso neppure questo molto evidente in molti punti. Ciò si nota sopratutto nei tratti soprapapillari.

L'epidermide, in toto, anche nei tratti di cute apparentemente sana, è molto irregolare: ad un primo sguardo fa l'impressione d'essere enormemente assottigliata, mentrechè esaminando i suoi diversi strati ci si accorge d'essere ispessita. La falsa apparenza di sottigliezza è data dal fatto che nello spessore dello strato malpighiano, ispessito affiorano delle papille le quali sono sezionate obliquamente o trasversalmente dando l'apparenza di cavità dello strato spinoso che in detti punti rimane molto assottigliato. Il taglio obliquo o trasversale delle papille va interpetrato con una iperproduzione di tale strato e formazione di papille in svariate direzioni, direi quasi, a vortice, poichè nella stessa sezione di taglio nella quale si notano i tagli perpendicolari vi sono anche i tagli longitudinali con papille regolarmente allineate.

I rapporti di sviluppo fra i diversi strati dell'epidermide non sono sempre rispettati nelle sezioni d'uno stesso pezzo. Gli strati che vi predominano sono: lo spinoso nel malpighiano con formazione d'una spiccata acantosi in tutti i tratti di pelle, anche quelli apparentemente normali ed il corneo nei tratti verrucosi con produzione di iper- e paracheratosi. Tale strato presenta veri e propri corni cutanei, che si spingono alla superficie libera, di quanto s'approfondano nel derma gli zaffi epidermici interpapillari, costituendo una linea sinusoide regolare. La paracheratosi regolarizza alquanto detta superficie.

A forte ingrandimento si notano alterazioni a carico dello strato epidermico e dello strato papillare. Nello strato papillare, ed occupante tutto il derma, fin quasi al tessuto cellulare sottocutaneo, dove arriva con qualche cellula rara e disseminata, si nota un infiltrato, apparentemente omogeneo, molto fitto nello strato papillare che va man mano diradandosi in profondità.

Il primo, specialmente in corrispondenza dei punti papillomatosi o verrucosi, manca in qualche tratto dello strato lucido o si è ridotto a qualche cellula.

Lo strato spinoso è il più alterato; esso è oltremodo accresciuto, da raggiungere uno spessore doppio e più del normale, con edema abbondante da divaricare le cellule fra loro. Di queste si notano alcune con nucleo costitutito da tanti granuli fini, sparsi omogeneamente e da un granulo, molto grande, in confronto dei primi, quale residuo, forse del primiero nucleo non fragmentato. In altre invece il nucleo assume una forma semilunare; lasciandovi uno spazio vuoto, non colorabile, come se fosse stato compresso da edema.

Lo strato basale è ben conservato e direi quasi regolare.

Le papille si presentano aumentate di numero e di volume; in una superficie di taglio se ne trovano in tutti i sensi: longitudinali, oblique, trasversali. Esse sono abbondantemente infiltrate e qualcuna si spinge profondamente fin quasi nello strato granuloso.

Sempre a forte ingrandimento, quello che colpisce di più è il polimorfismo cellulare dell'infiltrato cui si è accennato. Apparentemente omogeneo, esso varia marcatamente, poichè, mentre in qualche punto sono in prevalenza cellule di un tipo, in altro vi predominano quelle d'un altro, da vedere quasi invertito l'aspetto dell'infiltrato.

Predominano grosse cellule, più grandi dei comuni, leucociti polinucleati, di forma per lo più allungata, qualche volta rotondeggiante, con nucleo povero di cromatina, scarsamente colorabile al centro con orletto periferico ben delimitato e netto. Qualcuna serba dei piccoli pseudopodi che servono come di legamento fra loro e con i fasci di collageno. Il loro protoplasma scarso, omogeneo, non sempre è ben colorabile. Tali cellule possono identificarsi alle connettivali ipertrofiche.

Questo tipo vi predomina in corrispondenza delle chiazze lichenoidi fortemente infiltrate; invece, in corrispondenza delle zone corrispondenti a cute eritematosa od a cute con chiazze verrucose ha la prevalenza un altro tipo di cellule, che col tipo precedente, rappresentano quasi la massa dell'infiltrato.

Anche queste seconde sono voluminose rotondeggianti, con nucleo ben colorabile, unico quasi sempre, altre volte invece costituito da più elementi molto piccoli provenienti dal primiero, poichè si scorgono cellule col nucleo in cariocinesi. Il protoplasma è abbondante, finemente granuloso, irregolare ed a contorni sfumati. Esse corrispondono alle cellule epitelioidi. Frammezzo tali cellule, nei preparati colorati col Pappenheim-Unna si scorgono dei detriti in rosso ed in bleu provenienti, molto facilmente da suddette cellule in degenerazione.

In numero molto minore si notano elementi cellulari oblunghi, con nucleo poco colorabile bilobato o doppio.

Altri tipi cellulari, poco numerosi, non aggruppabili ai descritti, si notano, qua e là, fra l'infiltrato. Essi variano sia per la grandezza, essendo piuttosto piccoli, sia per il loro nucleo caratteristico, quasi sempre rotondo e ben colorabile; il protoplasma scarso, ma evidente basofilo li avvicina agli elementi del sangue.

Poche cellule plasmatiche e pochissime cellule giganti.

Si scorgono ancora cellule piccole, rotonde, poco più grosse d'un linfocito, con nucleo regolare intensamente colorabile.

Cellule, alquanto più piccole delle precedenti, con nucleo molto meno colorabile, fragmentato.

Non ho mai scorto eosinofili nè altre cellule del sangue.

Tale infiltrato, come ho accennato, nella sua massa non va al di là dello strato papillare od in qualche raro punto, arriva solo allo strato immediatamente sottostante.

I vasi non presentano in sè stessi gravi alterazioni; quasi tutti sono costituiti dal solo endotelio e tutto intorno si nota una zona d'infiltrazione, a guisa di manicotto, di cellule rotondeggianti piuttosto grosse, a nucleo ben colorabile, qualche volta fragmentato. Qualcuna di tali cellule pare attraversare l'endotelio; altre se ne scorgono nel lume vasale.

Un infiltrato, molto più scarso, ma dello stesso tipo di quello dei vasi, si osserva intorno alle ghiandole.

Nello strato papillare ed immediatamente sottopapillare si nota un reticolo costituito da fili sottili e da maglie regolari e strette. Tale reticolo è più fine, direi quasi elegante, in corrispondenza delle papille, quello immediatamente al disotto è più grosso ed a maglie più larghe. Esso dà l'apparenza di sottili fili nervosi intersecantesi in tutte le direzioni costituendo una maglia la cui rete è ripiena e forzata dagli elementi cellulari descritti.

Le fibre elastiche sono rigonfie ed in qualche tratto spezzettate.

Il collageno invece è ben conservato e normale.

I preparati d'una zona maculosa sono ricchi di pigmento, il quale non dà la reazione del ferro.

Esso è abbondantissimo nello strato basale tanto da mascherare le cellule nei loro contorni, le quali invece lasciano vedere chiarissimo il nucleo. Dallo strato basale risale in alto lo spinoso ed il granuloso fino al corneo ma non si diffonde affatto invece al disotto del basale.

Terapia e decorso. — La terapia che fu praticata si può dire sintomatica.

In primo tempo si cercò detergerla di tutte le squame e ridurre lo stato eritematoso, adoperando medicamenti grassi e refrigeranti. Appena le condizioni lo permisero, furono adoperati cheratolitici, a dosi piuttosto elevate, saggiando la cute a zone. Dal lato generale una serie di iniezioni endovenose d'arsenobenzolo da 0.15 a 0.60.

Scomparso lo stato eritrodermico e squamoso la dermatosi assunse un aspetto più chiaro e delimitato: i tratti di cute d'apparenza normale apparirono ben limitati e formati solo da piccole chiazze di cute bianca ed elastica. Le chiazze eczematose si differenziavano bene nei due tipi: lichenoide uno, meno infiltrato che scompariva quasi completamente alla diascopia di colorito rosso; fortemente infiltrato, l'altro, rilevato, di colorito paonazzo, molto più accentuato ed abbondante nei punti d'attrito, come natiche e fianchi. Le produzioni verrucose si appianarono perdendo la scabrosità della superficie.

Sul braccio d. che fu ripetute volte irradiato profondamente con Röntgen, si ottennero gli stessi resultati che le pomate per le chiazze eczematose, mentre per le verruche si ottenne la scomparsa.

Le macchie melanotiche rimasero dappertutto invariate.

Così detersa e ripulita quasi di tutto quello che era sovrapposto, si misero in evidenza dei piccoli elementi, come bottoncini, di colorito rosso cupo, poco rilevati, apprezzabili al tatto, facenti parte dello spessore della cute.

I ripetuti ulteriori esami di urina non diedero mai nulla di anormale o di notevole; degli esami di sangue ne riporto solamente uno dei primi eseguiti al suo ingresso in Clinica ed uno degli ultimi eseguito alla fine del secondo mese.

I — Emoglobina 70; Gl. rossi 3800000; Gl. bianchi 5000; Val. Gl. 0.92; Rapp. 1/760; Formula leucocitaria: Pol. n. 64; B. O. E: 1 Pon. P. 27; M: 1 G:4 F: P: 3.

II — Emoglobina 70; Gl. r. 3300000; Gl. b. 5400; Valore Globul. 1; Rapp. 1/611; Form: leuc: poli n. 60; b: l; E: 3; Pol: p: 25; M: 3; G: 5; f. p. 2.

La nostra P. entrò in Clinica il 16 ottobre del 24 in buone condizioni generali; queste si mantennero sempre tali per tutto il periodo di degenza. Il 5 dicembre dello stesso anno venne dimessa molto migliorata dal lato cutaneo da non avere più le molestie di prurito che l'affliggevano al suo ingresso, nè il senso di pelle dura che le limitava l'agilità dei movimenti. A casa mantenne sempre il contatto con la Clinica, sia per corrispondenza sia facendosi rivedere ripetutamente. La forma cutanea si conservò pressochè inalterata con qualche alto e basso di accensione ricoprendosi secondariamente di squame, con molestia del prurito. L'infiltrato lievemente aumentava, sempre nelle stesse chiazze, senza alcun accenno mai all'ulcerazione di queste. Non si ebbe a notare comparsa di nuove chiazze eritematose.

Le condizioni generali si mantennero quasi invariate fino allo scorcio del 25, epoca in cui l'A. cessò di vivere per polmonite.

Il caso esposto mi pare si presti a qualche considerazione: la diagnosi certo, dal punto di vista clinico, non è delle più semplici nè delle più sicure.

Il nostro compianto Maestro, col suo profondo intuito clinico, emise l'ipotesi d'una epitelioma tosi generalizzata o d'una micosi.

La prima ipotesi mi pare che, per quanto discutibile clinicamente, si debba escludere al lume dei preparati istologici, i quali invece ci portano alla conferma della seconda dando al nostro caso un interesse speciale.

Per quanto si sappia, lo stato premicosico, lungo, lunghissimo può aggirarsi intorno ai quindici, venti anni, nel quale periodo s'inizia la fase ulcerativa vegetante, vera e propria micosi.

Il caso esposto invece datava da quarant'anni circa. Iniziato prima dei trent'anni d'età della P. con lievi chiazze eczematose agli arti superiori s'è evoluto lentamente e costantemente, con brevi remissioni, per quaranta anni.

Possiamo noi asserire che l'inizio del male da noi studiato, sia cominciato con le manifestazioni eczematose di quarant'anni innanzi? Questo è difficile affermarlo, ma l'eczema, minutamente descritto dalla nostra P., e seguito attraverso la sua evoluzione, controllata dalle diverse forme che noi abbiamo potuto osservare sull'A., è stato certo lo stesso male che noi studiamo trasformate sotto forma di micosi.

Di questa noi possiamo parlare con una relativa sicurezza da quando s'è fortemente infiltrata e lichenificata dando alla P. la sofferenza molesta del prurito e dell'indurimento della pelle, dieci anni dopo l'inizio del male, e cioè a quarant'anni di età. Da quell'epoca la forma ha mantenuto le sue caratteristiche, che noi riscontriamo, aggravandosi lentamente e costantemente. Ciò non pertanto, noi che la studiamo a tanta distanza di tempo non riscontriamo clinicamente il periodo dei tumori o micofungoide che è quello veramente caratteristico.

A questa diagnosi però si è portati dall'esame istologico. Ricordo solamente, per non ripetere quanto ho descritto, il fine reticolo dei preparati istologici, come non si vede se non nella micosi, ed il polimorfismo delle cellule d'infiltrato da ricordare il museo cellulare di Unna.

Si tratta adunque d'un caso di micosi fungoide che mi pare interessante per la sua atipicità.

Seguendo la sua evoluzione noi possiamo mettere in rilievo il primo periodo o fase iperemica essudativa (eczema) Besnier; ed il secondo periodo, chiamato lichenoide da Bazin o degli infiltrati superficiali da Köbner. Il nostro caso veramente, presentando gli uni e gli altri, può giustificare entrambe le nomenclature. A questo secondo stadio, noi ci fermiamo, nonostante la lunghissima durata del male, senza arrivare al terzo periodo dei tumori.

Ed a questo punto si riaffaccia alla mente la questione se può l'esame istologico essere di chiarimento per la diagnosi clinica nel periodo d'assenza dei tumori.

A priori noi dovremmo rispondere affermativamente, dandoci i reperti istologici il quadro classico descritto nella micosi fungoide. Non dobbiamo però dimenticare che la lunghissima durata del nostro caso, ha potuto oltrepassare il periodo vero e proprio della premicosi senza d'altra parte essere arrivata allo stadio dei tumori.

Tutto l'interesse di questo caso appunto è legato alla durata della malattia, ed al contrasto fra la gravità del male e le buone condizioni generali.

Nessuna alterazione degli organi interni rilevabile coi diversi esami; nessuna anomalia apprezzabile degli organi ematopoietici. Muta l'anamnesi per qualsiasi precedente: nessuna malattia infettiva, nessuna causa debilitante.

L'anamnesi quindi, da una parte, e l'esame clinico dall'altra ci allontanavano dalla vera diagnosi alla quale invece si poteva arrivare colla giusta valutazione d'un eczema che mal dissimulava la sua genuinità per l'aggravarsi progressivo senza alcuna remissione in un periodo di tempo sì lungo.

NOTE E CONTRIBUTI.

La nuova reazione di Lisbonne nella diagnosi di natura dell'idrocele

per il prof. dott. NICOLINO FEDERICI,
libero docente nella R. Università di Sassari.

In materia d'idrocele, il mio pensiero è che la dicitura « idiopatico » che sa troppo di enigma, dovrebbe scomparire, essendo inverosimile che si possa staccare l'idea e il fatto del « versamento » da qualche sia pur pallida lesione o alterazione della sierosa o del viscere, da determinarsi nella natura sua, transitoria o permanente, o da qualsivoglia altra ragione patologica.

In altri miei lavori (1) ho dimostrato come debba dell'*idrocele* farsi maggior conto di quanto si faccia di solito, sopratutto per la diagnostica e per la prognosi, potendo essere invece l'idrocele episodio, per quanto considerato *banale*, pur svelatore e indicatore di qualche diatesi, spesso tubercolare.

Ciò premesso, e tenendo per ora valida la vecchia e adusata nomenclatura, poichè *la diagnosi di natura* dell'idrocele non è sempre facile, si dev'essere inclinati, senza preconcetti, a gradire ogni contributo che venga annunziato e che valga o si proponga d'illuminare la diagnosi.

Ma una punta di critica serena che serva a fissare comunque, ad accrescere o diminuire il valore delle nuove affermazioni, è lavoro non meno utile e necessario.

* * *

La nuova reazione diagnostica avvistata da Lisbonne, che l'ha presentata sulla *Presse Médi*

---

(1) FEDERICI N. *Sull'importanza prognostica dell'idrocele, ecc.* Gazz. d. Osp., n. 66, a. 1914. — *Dell'idrocele e della sua importanza.* Medicina Pratica, 31 ottobre 1926.

cale, si basa sulla proprietà di coagulazione dei liquidi d'idrocele, a contatto del cloroformio.

Certo, se la reazione corrispondesse alla fiducia con la quale è stata presentata, le spetterebbe il riconoscimento di merito di una grande semplicità nella farragine di reazioni complicatissime o dispendiose o difficili che inondano oggi il campo clinico.

Basta leggerne la tecnica, che io riporto tal e quale da *Le Monde Medical* (ediz. italiana) del gennaio 1925.

« La tecnica è la seguente: si versano in un bicchiere a calice 20 a 50 cmc. di liquido ottenuto per puntura tre o quattro ore innanzi al massimo; si aggiungono 3 a 5 cmc. di cloroformio anestetico; si batte con un agitatore per emulsionare, per trenta secondi circa e si ripete questa manovra due o tre volte. Il liquido abbandonato a se stesso, si separa in due strati, uno inferiore di cloroformio, ed uno superiore di liquido d'idrocele.

« Se la reazione deve essere positiva, il liquido diventa opalescente, l'agitatore vi disegna strie di *moire* che diventano sempre più dense, e che si risolvono alfine in filamenti di fibrina. Se la reazione è più lenta, in capo a parecchie ore si vedono apparire dei frammenti di fibrina nel liquido. Non v'è mai coagulazione in massa. Quando la reazione deve essere negativa, non avviene nessuna modificazione nel liquido.

« I liquidi che non si coagulano, anche dopo prolungato contatto col reattivo, provengono da idroceli essenziali o primitivi, all'operazione dei quali non si è trovata nessuna lesione microscopica del testicolo o dei suoi annessi.

« I liquidi che coagulano rapidamente (cinque a trenta minuti) provengono da idroceli sintomatici di una lesione sifilitica, tubercolare, neoplasica, ecc., del testicolo.

« I liquidi che coagulano lentamente (quattro a sei ore circa), sono caratteristici delle pachivaginaliti senza lesione testicolare ».

*
* *

Per buona sorte ho potuto avere dei casi d'idrocele che mi han permesso di poter fare il controllo della reazione. Ne riferisco soltanto alcuni.

Caso I. — C... S..., di anni 50, impiegato, di Sassari.

Presenta un ingrandimento uniforme della loggia scrotale di destra, che gli dà fastidio per il peso e per il volume, ma non gli dà dolore.

La pelle, al disopra della tumefazione, è di colorito e di apparenza normale; alla percussione si ha ottusità; alla palpazione esercitata metodicamente coi polpastrelli delle dita, si avverte la tensione elastica propria delle raccolte liquide profonde, assolutamente indipendenti dalla cute.

Della diagnosi ormai sicura d'*idrocele*, pronunziata sui dati rilevati, mi convinsi anche di più col rilievo chiarissimo della *trasparenza*, che valse a dimostrarmi il testicolo e il cordone collocati in basso e posteriormente alla raccolta e a indicarmi il punto migliore ove dovevo pungere.

Una prima volta punsi e vuotai quest'idrocele nel giugno 1925. Dopo due mesi il paziente si accorse che il liquido si rifaceva e io lo rividi nel dicembre dell'istesso anno, dopo 6 mesi cioè, nelle stesse condizioni dell'altra volta o poco meno.

Riestrassi con altra puntura il liquido, oltre 150 cmc. di un liquido degli stessi caratteri della prima volta, pallido, chiaro, quasi cristallino, appena più appannato di quello caratteristico delle cisti da echinococco. Non introdussi al suo posto alcun liquido medicamentoso.

Ad ora che scrivo per le stampe (novembre 1926) poichè il paziente non ha voluto ancora decidersi per una cura operativa radicale, ho rivuotato il liquido — sempre eguale — altre due volte.

Di reazione fortemente alcalina, il liquido non contiene zucchero e neanche albumina.

Praticata (adoperando un calice a imbuto e graduato, 35 cmc. di liquido e 4 di cloroformio anestetico Duncan) la Reazione di Lisbonne, io non ottenni alcuna coagulazione, sotto nessuna forma.

Nel calice, io non vidi altro delinearsi che la seguente disposizione:

1) in basso, il cloroformio;

2) in alto, il liquido idrocelico diventato chiaro e limpido, man mano che, per gravità, si abbassava e depositava il pulviscolo formante le opacità biancastre che a prima vista lo rendevano appannato. Di modo che, alle 48 ore si può dire che tale sedimentazione fosse avvenuta completamente;

3) un lievissimo *strato intermedio* fra i primi due, e divisibile in due parti:

a) di uno straterello inferiore, di apparenza come cristallina, appartenente al cloroformio;

b) di uno straterello superiore, appartenente al liquido idrocelico, di apparenza polverulenta e dovuto al processo di sedimentazione di cui ho parlato poc'anzi.

Questo 3° *strato intermedio* resta quasi limite di separazione tra il cloroformio e il liquido idrocelico.

Tranne questi semplici rilievi, altri non ne ho potuto fare nè io nè altri colleghi che presenziarono a queste osservazioni. Di filamenti o di strie fibrinose non si è avuta apparizione di sorta nè precoce, nè tardiva, nè transitoria, nè stazionaria.

Debbo quindi conchiudere: « Reazione di Lisbonne, negativa » rispondente quindi alla diagnosi clinica già emessa d'*idrocele idiopatico*, o meglio, *sine causa cognita*.

Questo risultato poteva sembrare favorevole al riconoscimento di un certo valore diagnostico alla Reazione di Lisbonne.

Ma, per poter concludere, anche se in base a poche osservazioni, abbisognava di controllare il

valore della R. in *senso inverso*, cioè di fare, per così dire, la *controprova* della R. stessa, valendomi di qualche caso ove tutto deponesse, clinicamente, per un *idrocele sintomatico*, in fase già evolutiva od avanzata.

Fra gli altri, ebbi un

II CASO dimostrativo (curante dott. Migheli), in un paziente, certo C... A..., di anni 62, commerciante, di Osilo, che io avevo già punto e vuotato due anni prima, diagnosticando « idrocele sintomatico da tubercolosi dell'epididimo ».

La diagnosi è stata in seguito confermata da altri, e dal decorso lento e ostinato della malattia e dai caratteri obiettivi dell'epididimo. L'idrocele si è riprodotto e fu vuotato diverse altre volte.

Il liquido ora estratto, in quantità di oltre mezzo litro (mentre altre volte fu anche più abbondante), ha caratteri di *liquido veramente infiammatorio*, di vero *essudato*, in confronto del liquido estratto nel caso I.

Quello era pallido e quasi cristallino: questo ha il colore del Marsala; contiene albumina, mentre l'altro non ne conteneva; ha Reazione fortemente alcalina; dell'essudato ha note caratteristiche più chiare e accentuate che l'altro.

Basterebbe questo per giustificare — pur senza il sussidio di tante reazioni — l'affermazione di una condizione infiammatoria (a parte la specificità) viscerale, per lo meno di gradazione superiore che nel caso I. Inoltre, ripeto, era qui clinicamente accertata la specificità.

Eppure, ripetuta *ad literam* nei particolari tutti la Reazione Lisbonne come nel caso I, nè io nè colleghi astanti potemmo osservare *modificazioni* nel liquido nè subito, nè a distanza di ore.

L'istesso risultato negativo ebbi in altri casi di diagnosi clinica accertata che potei controllare.

*
* *

Di modo che, pel controllo da me fattone, risulta compromessa e scossa la validità della *Reazione di Lisbonne*, alla quale non pare sia da concedersi quella importanza diagnostica che il suo autore e proponente le vuol attribuire.

Sassari, novembre 1926.

Interessante pubblicazione:

Dott. Prof. Francesco Valagussa Medico della Famiglia Reale - Direttore e Primario del Preventorio per lattanti « Emilio Maraini » - Medico Primario dell'Ospedale infantile « Bambino Gesù » - Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università di Roma.

IL BAMBINO CONSIGLI D'IGIENE ALLE MADRI

(Quarta edizione notevolmente ampliata con 84 figure schematiche intercalate nel testo).

Un volume di pag. XVI-244, nitidamente stampato su carta uso mano, con bellissimo dipinto a olio di **G. A. Sartorio**, riprodotto in tricromia sulla copertina. — Prezzo L. **25**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **23,25** franco di porto.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

L'eziologia della dilatazione dei bronchi.

(F. BEZANÇON. *Journal des praticiens*, 1° genn. 1927).

È noto che, dal punto di vista clinico, questa malattia è caratterizzata soprattutto da un'espettorazione abbondante e si accompagna spesso ad emottisi. In molti casi, essa procede per attacchi, dovuti probabilmente a modificazioni momentanee per influenze stagionali, al momento dell'inverno, in occasione di un attacco influenzale oppure perchè la evacuazione degli sputi si fa male e dà luogo a fenomeni di ritenzione.

In certi casi, poi, la dilatazione dei bronchi riveste la forma secca, in cui il malato ha tutte le apparenze di una buona salute; presenta talvolta delle emottisi, che non sono affatto di natura tubercolare, ma legate alla dilatazione dei bronchi, come si dimostra con le iniezioni di lipiodol. In altri casi, si può sospettare la sifilide. Specialmente importante sotto tale punto di vista, sembra la sifilide ereditaria; nel feto eredo-sifilitico, il polmone è toccato quasi quanto il fegato, con una lesione nota sotto il nome di polmonite bianca, vera sclerosi polmonare diffusa con poche lesioni alveolari ed una quantità colossale di treponemi.

Nel feto e nel bambino eredo-sifilitico, la dilatazione dei bronchi è frequente; in certi casi, si trovano delle dilatazioni cistiche, che si accompagnano talora ad altre malformazioni (del cuore, degli arti).

Strettamente connesso con questo problema, vi è quello dell'eziologia delle emottisi. In presenza di questa, si pensa subito alla tubercolosi, che in realtà ne è la causa più frequente. In un certo numero di casi però, mancano i bacilli nell'espettorato, non vi sono antecedenti tubercolari, nè contagio netto ed è allora il caso di domandarsi da dove realmente proviene questa emottisi. Essa può essere data dalle vie respiratorie superiori, ma anche da lesioni polmonari: dilatazione dei bronchi, gangrena polmonare, pleurite interlobare. Questi casi sono abbastanza semplici. Le difficoltà si fanno invece notevoli quando si tratti di un individuo sano, in piena salute con emottisi, senza causa apprezzabile. Un malato dell'A. aveva emottisi fino dalla giovinezza; non si erano mai trovati bacilli di Koch nello sputo. Si trattava di un vecchio sifilitico; l'anamnesi precisa però dimostrò che le emottisi erano incominciate a 16 anni, e che la sifilide era stata contratta a 20. Un esame più accurato fece sco-

prire i bacilli di Koch. In realtà si trattava di un individuo con tubercolosi fibrosa dall'età di 16 anni, ed ad essa e non alla sifilide dovevano attribuirsi le emottisi.

L'A. si prospetta poi il problema se la tubercolosi sia una causa di dilatazione dei bronchi. Secondo Grancher questa è frequente nella forma lenta e progressiva della tubercolosi. È un fatto che, mentre il cavitario ha espettorati nummulari, il tubercolotico con vecchie lesioni croniche ha un'espettorazione abbondante che ricorda assai quella della dilatazione dei bronchi, sebbene sia eccezionale trovare l'odore di gesso fresco che ha l'espettorazione dei bronchiectasici; anche il colore non è lo stesso.

Nei vecchi tubercolotici fibrosi si trovano dei bronchi dilatati (dilatazioni cilindriche); questa tubercolosi a forma fibrosa ha un'espettorazione abbondante e determina un tipo clinico che si riavvicina a quello della dilatazione bronchiale. Tali malati hanno spesso un buono stato generale ed un torace largo, in séguito ad enfisema, ed anche un certo grado di obesità, un aspetto pletorico; all'ascoltazione si trovano abbondanti rantoli crepitanti ed anche dei gorgoglii. Non si può credere che delle caverne tubercolari possano dare questo quadro clinico e ci si domanda se questi individui, che all'ascoltazione hanno dei segni che rammentano la tubercolosi, non abbiano invece dei bronchi dilatati.

In effetti quando esiste una dilatazione bronchiale, il ristagno è ben tollerato, mentre nel caso di cavitarii, il riassorbimento putrido si fa più facilmente e la tolleranza è minore. La dilatazione dei bronchi, sia essa di origine sifilitica o tubercolare, è una specie di cavità al di fuori dell'organismo in cui si segrega del pus che viene difficilmente riassorbito e non determina intossicazioni. Invece nelle caverne, si ha probabilmente un riassorbimento per via linfatica ed una infezione più grande per i prodotti che sono alla superficie della caverna stessa; così si spiegherebbero la febbre e le modificazioni dello stato generale.

Nelle tisi con espettorazione abbondante per dilatazione bronchiale, l'espettorazione non è di solito ricca in bacilli come quella nummulare dei cavitari.

Si sono pubblicate diverse osservazioni in cui sono state trovate dilatazioni bronchiali e tubercolosi. Si posa in tal caso il problema di conoscere se sia stata la tubercolosi a determinare la dilatazione o se quella si sia installata su questa. In generale, si tratta di tubercolosi giovane sopraggiunta sopra una vecchia dilatazione bronchiale.

Questi casi non hanno nulla di comune con le osservazioni di tubercolosi fibrosa, con bronchi dilatati, cilindrici. La tubercolosi colpisce l'alveolo più che il bronco e non si conoscono lesioni dei grossi bronchi di origine tubercolare. Il bronco però può diventare il centro di un nucleo bronco-polmonare tubercolare o può essere affetto per propagazione di una lesione tubercolare nelle sue vicinanze.

Dopo la tubercolosi, nell'eziologia delle dilatazioni dei bronchi, si deve pensare alla sifilide.

Interessanti sono le dilatazioni bronchiali consecutive all'introduzione dei corpi estranei. Il bambino fa di tutto per liberarsi dal corpo estraneo, che gli provoca accessi di soffocazione, ma non vi riesce. In qualche caso, si stabilisce un periodo di tolleranza, seguito da fenomeni meccanici ed infettivi che finiscono col dare la dilatazione dei bronchi non soltanto nel polmone di cui il bronco è stato obliterato, ma anche dal lato opposto.

Si possono sviluppare fenomeni di gangrena polmonare che portano il malato a morte. In un caso di Comby e Schreiber, un bambino di 5 anni aveva aspirato un nocciolo di ciliegia; ebbe per due mesi degli accessi di soffocazione con espettorazione di pus sotto forma di vomica e delle emottisi. Dopo 5 mesi, espulsione del corpo estraneo; lo stato generale diventa buono, ma all'ascoltazione si trova del soffio cavitario, dei gorgoglii, dei rantoli umidi abbondantissimi; il corpo estraneo aveva costituito definitivamente una dilatazione dei bronchi. Un altro bambino di 5 anni aspira un frammento di vetro nelle vie aeree. Soltanto 17 mesi più tardi si manifestano i fenomeni di gangrena polmonare, di cui il bambino muore. All'autopsia, si trova il frammento fissato nel grosso bronco destro ed una bronchiectasia generalizzata. Ogni bronco era la sede di una serie di dilatazioni ampollari, che accompagnavano la dilatazione cilindrica. Si è veduto la dilatazione bronchiale seguire anche l'inalazione di gas. Essa, di fatto, può succedere anche ad un'alterazione peribronchiale. La malattia è complessa e può aversi per due meccanismi, per via bronchiale e per via sanguigna. Essa ha inoltre la caratteristica di essere cronica con attacchi. Forse questi sono dovuti alla recrudescenza del germe, ad un attacco di sifilide od all'evoluzione tubercolare. In altri casi però, manca tale eziologia ed allora si deve pensare all'effetto di una causa banale, di un'infezione sopraggiunta.

Filippini.

Progressi tecnici nella cura delle suppurazioni del polmone e dell'ilo polmonare.

(F. SAUERBRUCH. *Deut. Z. f. Chir.*, 196, f. 6, 1926).

La possibilità di raggiungere suppurazioni profonde del polmone in cavità pleurica libera è una conquista della chirurgia moderna. Tuttavia l'aggressione di focolai centrali ed ilari offre ancora grandi difficoltà: per questa ragione l'indicazione a tali interventi va assai ponderata. In realtà esistono dei malati nei quali non è possibile esitare. Sono individui di solito già debilitati, nei quali le suppurazioni polmonari acute, si stabiliscono rapidamente con fenomeni di intossicazione generale o con diffusione del processo flemmonoso con brividi, febbre alta e grave abbattimento. Il polso si fa piccolo, frequente, irregolare: qualche volta non si presentano che scarse elevazioni di temperatura. Particolarmente temibili sono le rapide gangrene polmonari diffuse che si manifestano in bevitori e diabetici. In tutte queste forme l'intervento non può esser differito, non lo si può neanche in assenza di aderenze. Esso dev'esser eseguito nella camera a iperpressione, e consiste nel tamponamento del cavo dopo la fuoriuscita del pus.

Fortunatamente non tutti i malati si presentano così gravi. È meglio allora provocare delle aderenze. Nelle manifestazioni acute è più conveniente aspettare ancora poichè l'ascesso può aprirsi spontaneamente nei bronchi ed esser drenato per questa via. Ciò non è raro, ma non bisogna attendere oltre 6-8 settimane. In questo frattempo si sono formate delle aderenze: ad affrettare la formazione delle quali furono proposti numerosi medicamenti (tintura di iodio, cloruro di zinco). La loro efficacia però è dubbia, possono provocare dei versamenti: orlando la zona malata si può diffondere il processo settico, può entrar aria. In una parola, anche in questi casi è meglio attendere che una pleurite postoperativa abbia determinato delle aderenze sufficienti. Ad ovviare parecchie difficoltà ed inconvenienti esiste l'impiombatura con la paraffina. Questa sostanza che fu già adoperata per la cura della tubercolosi polmonare, ha la proprietà non solo di agire meccanicamente con la sua presenza ma è capace di determinare rapidamente delle aderenze pleuriche. La paraffina va spalmata sulla pleura parietale per un'estensione di una mano, dopo aver proceduto alla formazione di un lembo muscolo-cutaneo e dopo aver praticato la resezione di due o più costole.

Di capitale importanza è l'integrità della pleura. Occorre anche un'anestesia perfetta, perchè i colpi di tosse potrebbero rompere la pleura, ciò chè equivarrebbe a rinunciare al metodo. Sopra la paraffina plasmata a dovere la ferita va chiusa completamente. Qualche volta la presenza del corpo estraneo determina una suppurazione del sottocutaneo, ciò che non nuoce, forse affretta la formazione delle aderenze.

La sua azione è triplice: dapprima meccanica: le cavità vengono ridotte a semplici fessure: la guarigione è affrettata e quasi costante. La paraffina, a guarigione avvenuta, va tolta. In altri casi la paraffina determina una necrosi da compressione e intorno una reazione assai intensa. Questa è seguita da suppurazione. In tal modo spesso ascessi anche profondi si fanno rapidamente strada verso l'esterno, sicuri di un passaggio attraverso valide aderenze. In un terzo luogo l'impiombatura agisce da elemento preparatore all'apertura dell'ascesso da praticarsi in secondo tempo. Dopo 2-3 settimane si può raggiungere l'ascesso attraverso uno strato denso di polmone addensato. Il Paquelin evita l'emorragia, protegge l'ammalato dall'embolia gassosa. Tale metodo segna un progresso reale nella cura degli ascessi profondi polmonari, come viene dimostrato dalla storia di dieci ammalati personali del Sauerbruch.

C'è ancora da aggiungere come tale metodo sia indicato anche nelle suppurazioni extrapolmonari, mediastiniche le quali vengono rese accessibili facilmente attraverso uno strato di parenchima polmonare addensato.

E. MINGAZZINI.

TETANO.

Le attuali conoscenze sul tetano e sul suo trattamento.

(M. NICOLL. *New York med. Journ.*, 1° maggio 1926).

La mortalità per tetano è notevolmente diminuita nello Stato di New York dal 1907 al 1925 ed è cioè scesa da 1.49 per 100,000 a 0.54. (In Italia il tetano, da una mortalità di 2.9 nel 1887, è sceso gradatamente a 1.5 nel 1916, con qualche rialzo (a 20-23 nel 1904-1906); nel nostro elenco nosologico, il tetano è riunito con il trisma. *N. del Redat.*).

La discesa della mortalità che, nella statistica dell'A. si presenta assai regolare, non può essere attribuita ad altra causa che all'uso più generale dell'antitossina come profilattico.

Lo studio della mortalità in rapporto alle stagioni porta alla conclusione che il tetano si verifica più frequentemente durante la buona stagione, da giugno ad ottobre, per le maggiori probabilità di infezione con il germe che lo provoca.

Noto è il rapporto fra la mortalità e la brevità

del periodo di incubazione; la prima è tanto maggiore quanto più breve è il secondo; essa, cioè, è dell'83 % quando l'incubazione dura da 0 a 7 giorni e si abbassa a 42 quando è oltre i 14 giorni. Nessuna influenza sulla lunghezza del periodo di incubazione sembra esercitare la localizzazione della ferita che ha provocato il tetano. Quest'ultima avrebbe invece una certa importanza nel determinare la letalità, in quanto che, nei 220 casi osservati, si avrebbe una mortalità generale del 67 %, contro una mortalità del 79 % nei casi di lesioni del capo e del collo.

Di alcuni casi di tetano sembrano responsabili le feste del 4 luglio (celebrazione dell'indipendenza americana) per gli spari a salve, i fuochi artificiali, ecc. Nel quadriennio 1922-1925 si sarebbero avuti 20 casi e 16 morti attribuibili a tale contingenza. Specialmente pericolosi sembrano sotto tale rapporto gli spari a salve e le pistole che servono per giuocattolo. L.A. richiama quindi l'attenzione dello Stato su questo fatto, tanto più che gli attuali esplosivi sono molto pericolosi e sono venduti, a quanto sembra, con poche o punte restrizioni e possono, oltre al tetano, provocare accidenti mortali. (I non infrequenti scoppi di fabbriche clandestine di fuochi artificiali, che si verificano anche da noi dimostrano la necessità di provvedimenti in proposito. *N. del Red.*).

L'uso dell'antitossina. — Non è possibile calcolare, nemmeno in linea approssimativa il numero delle iniezioni preventive di antitossina che si praticano annualmente. È un fatto però che la quantità di antitossina fornita dai laboratori dello Stato è molto elevata ed in continuo aumento, ciò che contribuisce indiscutibilmente alla diminuzione del tetano.

È un fatto noto però che l'antitossina è inefficace a prevenire lo sviluppo della malattia in casi di ferite molto estese ed infette; tale inefficacia si osserva poi anche in caso di ferite relativamente leggere. Nella statistica dell'A., l'antitossina ha mancato la sua azione profilattica in 18 casi, in 13 dei quali era stata iniettata nella stessa giornata della ferita. Si ebbe la morte in 14, ciò che dà una letalità del 78 %. Nella maggioranza dei casi si trattava di ferite estese oppure di tale natura che avrebbero richiesta una seconda od una terza inoculazione. Sembra che in due casi, l'antitossina fosse piuttosto vecchia (oltre un anno), ciò che per l'antitossina preparata dallo Stato non ha importanza perchè si ha in essa un eccesso nel dosaggio che compensa in certo modo il possibile deterioramento per l'età. In due casi di questa serie, si trattava di ferita per spari di cartucce a salve.

È interessante anche vedere gli effetti dell'antitossina secondo i vari metodi di somministrazione. La mortalità complessiva è del 68 %, mentre la mortalità dei 18 casi in cui non fu somministrata antitossina è del 100 %. D'altra parte è dimostrato che il metodo endorachideo, da solo od in combinazione con altri, non soltanto non ha alcuna superiorità, ma finisce con una mortalità elevata (87 %); anche se unita con la somministrazione endomuscolare, dà una mortalità del 93 %. La mortalità più bassa (33 %) si è ottenuta nei casi in cui si sono usati tutti quattro i metodi; viene in seguito il metodo endovenoso (50 %); con l'uso di tre metodi, si ha una mortalità del 57 %.

I risultati piuttosto sfavorevoli del metodo endorachideo di somministrazione non si spiegano nè col ritardo (attribuibile a mancanza di un medico che sapesse fare l'iniezione endorachidea) e nemmeno col fatto che questa si sia usata soltanto nei casi più gravi, perchè le differenze nelle percentuali non sono tali da appoggiare tale modo di vedere.

In complesso, si può ritenere che è necessario anzitutto fare l'iniezione preventiva in dose doppia di quella prescritta e di ripeterla una o più volte nel caso di ferite estese od infette. Sembra inoltre dimostrata l'utilità di usare per la cura delle dosi massive di antitossina, fino a 100,000 unità e più.

FILIPPINI.

Sul trattamento del tetano generale con anestetici locali.

(MANDL, *Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. 138, H. 4, 1927).

Nel 1894 Goldscheider osservò che iniettando in un topo tetanizzato della cocaina scomparve il tono muscolare, ciò che venne confermato più tardi da Meyer e Weiler. Nell'uomo l'iniezione di novocaina è stata specialmente usata per la contrazione tetanica del massetere con miglioramento tale da permettere la nutrizione del paziente e nelle contrazioni del dorso. Così l'uso degli anestetici locali per il tetano va sempre allargandosi. L'A. si occupa dell'azione dell'anestetico sul tetano traumatico generale. Da 2 anni e mezzo ha pubblicato un caso di tetano grave in cui ebbe un risultato terapeutico con una iniezione epidurale nel canale sacrale (50 cmc. di soluzione di novocaina all'1 %) osservando dopo l'iniezione la scomparsa delle contratture pur non potendo dare alcuna spiegazione del fenomeno. Wiedhopf confermò più tardi l'azione degli anestetici locali sulla tossina tetanica.

Oltre il primo caso l'A. riporta altri 4 casi trattati con l'iniezione epidurale (da 20 a 50 cmc. di novocaina all'1 % ottenendo due guarigioni e due morti. Dalla letteratura riporta un caso di

Löber seguìto da guarigione ed un altro di Wiedhopf con esito letale trattati ugualmente con l'anestesia sacrale. Finora complessivamente la iniezione epidurale di novocaina ha influito favorevolmente in 6 casi. In tutti i casi le contrazioni muscolari sono migliorate; i pazienti sopportavano bene l'iniezione.

L'anestesia lombare per il trattamento del tetano venne usata nel 1916 e Meyer e Weiler in un caso con contrattura dei muscoli addominali videro dopo l'iniezione di 2 cgr. di stovaina il rilasciamento di essi. Rychlik ha usato il trattamento intralombare con soluzione di novocaina al 5 % (2 ½ cmc.) in 4 casi e solo in uno ebbe la guarigione; negli altri ebbe risultato temporaneo.

Nei due metodi, sacrale e intralombare è comune il fatto che dopo l'iniezione il tono dei muscoli si rilascia per periodi di 2-4 ore. La novocaina si deve considerare come il mezzo più innocuo, preferibile anche al solfato di magnesio usato per via endovenosa (2,5 %) che pur facendo scomparire gli spasmi ha un'azione dannosa sul cuore. In alcuni casi all'iniezione di novocaina è seguìto uno stato di agitazione e di allucinazioni, ciò che può mettersi in rapporto con la quantità dell'anestetico iniettato, come si è osservato in casi clinici con operazioni comuni mediante anestesia sacrale.

In che modo agisce la novocaina sul tetano? La tossina tetanica ha una speciale affinità per la sostanza nervosa e viene portata al sistema centrale dai nervi per poi salire grado a grado nel midollo. Anche la cocaina ha una predilezione per la sostanza nervosa ed è verosimile che farmacodinamicamente sia capace di far perdere alla tossina tetanica la via del sistema nervoso centrale come si è visto con l'iniezione di antitossina lungo il decorso di nervi per quanto l'antitossina iniettata dentro il nervo non riesce sempre perchè manca di affinità per la sostanza nervosa. Così è logica e fondata l'idea di Rychlick di iniettare nel sacco durale antitossina e cocaina che farebbe la strada come sostanza neuro-affine. La cocaina agirebbe sulla tossina non specificamente ma nel senso funzionale.

Sperimentalmente le prime ricerche di Wiedhopf fatte sui topi trattati con tossina e con grandi quantità di novocaina non ebbero risultato. L'A. ha cominciato con lo stabilire la dose di novocaina limite mortale per un topo che è di 0,2 cmc. di soluzione all'1 %. In un gruppo di 5 topi ha iniettato la tossina in soluzione fisiologica ed in altri 5 la tossina con aggiunta di novocaina e non ha visto alcuna differenza.

In un altro gruppo ha iniettato la tossina e con intervalli di 3 ore 1 cmc. di novocaina al mezzo, nei muscoli, senza poter dimostrare alcuna azione, contrariamente a quanto è stato osservato nell'uomo.

In un terzo gruppo all'iniezione di tossina ha aggiunto l'iniezione alla base della coscia di novocaina ottenendo solo un ritardo nella morte degli animali.

R. BRANCATI.

ORGANI GENITALI MASCHILI.

Contributo alla fisiologia del «vas deferens».

(H. BOEMINGHAUS. *Arch. f. Klin. Chir.*, 139, 2/3, p. 563).

Scarse sono le conoscenze sull'attività del deferente e sulle modalità del trasporto dello sperma dall'epididimo alla vescichetta seminale. Anzi esse sono contraddicentesi: poichè nel cane, coniglio e cavia sono state notate rispettivamente ora contrazioni, ora contratture localizzate o assenza di movimento. B. ha osservato ripetutamente il comportamento del deferente in molte operazioni di ernia. Non ha mai potuto osservare la benchè minima traccia di movimento spontaneo. Stimolato meccanicamente il deferente presentava una contrazione localizzata: qualche volta assume la forma di un serpentino: modificazione dovuta anch'essa a contrazioni locali del deferente. Non riuscendo poi l'esperimento sul cane, per l'impossibilità di provocarvi un orgasmo, B. è passato ad esperienze sull'uomo. Il materiale proviene da deferenti di prostatici tra 45 e 75 anni, ad eccezione di 2 casi (1 tumore del testicolo, 1 ernia permagna). Praticata la resezione, il deferente, disposto a doppio U e fissato a due leve scriventi, veniva conservato in liquido di Ringer a 39°. Trascorreva almeno un quarto d'ora prima che si iniziassero movimenti ritmici, i quali consistevano in contrazioni con esito in raccorciamento. Non si debbono trasportare — senz'altro sul vivo — i risultati di queste ricerche.

C'è da osservare come la contrazione si iniziasse ora dal lato uretrale, ora da quello testicolare e come non vi fossero differenze tra deferenti di individui di età differente.

Si può ammettere tuttavia che nel vivente a questa attività corrisponda una peristalsi, la quale, per altro non è paragonabile a quella di altri organi a struttura simile. Rimane quindi probabile che gli spermatozoi godano di una notevole facoltà trasmigratrice propria.

Dal punto di vista farmacologico, sono da ricordare diverse esperienze di varii autori, dalle quali risulta come l'innervazione degli animali,

può considerarsi duplice: poichè vi agiscono sia gli agenti simpatico- che parasimpatico-tropici. (Waddell, Macht, Perutz e Toigner).

Tali risultati si confermano nell'uomo: l'aggiunta dell'adrenalina aumenta il tono e il numero delle contrazioni: egual risultato, ma assai meno evidente è posseduto dalla pilocarpina e fisostigmina. L'atropina invece rallenta e termina le contrazioni. Se data in dosi generose, la azione dell'adrenalina riesce nulla. Il cloruro di bario determina l'insorgenza di una contrazione. Egual risultato si ha con piccole dosi di nicotina: data in quantità maggiore essa ha azione paralitica. La cocaina eccita. Senza effetto rimasero la morfina e la :ombina.

Anche il deferente dell'uomo soggiace all'influsso del sistema nervoso simpatico (N. ipogastrico) e parasimpatico (pelvico): uno stimolo su di essi agisce eccitando la muscolare del deferente.

E. MINGAZZINI.

Contributo alla patologia della vescica seminale.

(H. BOEMINGHAUS. *Arch. f. Klin. Chir.*, 139, 2/3).

Le alterazioni morfologiche delle vescichette seminali sono rare: sulla possibilità di tale evenienza ci conduce quasi sempre la palpazione rettale che dei metodi di indagine è il più importante, perchè è quello che più di frequente si pratica.

Vale la pena di riportare un caso di un'affezione di tale organo. Si trattava di un individuo di 43 anni minorato di guerra. La invalidità consisteva, a suo dire, in un'incontinenza d'urina, consecutiva apparentemente a pregressa cistite. Siccome negli incartamenti del paziente si parlava di una affezione prostatica dovevasi rivedere, ai fini della pensione, il malato.

Questo si lagnava presentemente di un senso di peso al retto, di difficoltà nella defecazione, dolori al perineo, e incontinenza di urina. All'es. obbiettivo si riscontrò la presenza di un nodulo duro sull'epididimo destro. Il getto dell'urina era di media forza. Durante il giorno la minzione si compiva bene con emissione di 30-160 cmc. di urina. L'urina residua era di 20-60 cmc. Nelle urine si ritrovavano piccole quantità di muco e qualche leucocito, ma null'altro di patologico. La cistoscopia fu negativa. L'uretroscopia posteriore dimostrava solo un aumento della profondità dell'insenatura normale tra il collicolo seminale e lo sfintere interno. L'incontinenza non fu mai potuta osservare: invece la compressione sulla regione prostatica del retto dava luogo alla fuoriuscita a una discreta quantità di urina. All'esplorazione rettale invece si avvertiva la presenza di una tumefazione grande quanto un uovo di gallina situata tra le due vescichette seminali e al di sopra della prostata. Dai caratteri posseduti dava l'impressione di una cisti che fu punta dal retto. Si diede esito a un liquido giallastro, ma senza germi. La cisti fu riempita di Umbrenal: contemporaneamente si riempì anche la vescica seminale destra.

Si trattava quindi di una cisti. Non fu praticata, perchè fu rifiutata, l'operazione; quindi non fu potuto stabilire se fosse congenita o acquisita. Nel dubbio fu messo in rapporto con la pregressa cistite, tanto più che parlava in favore di questa ipotesi anche il nodulo della pregressa epididimite, nè si poteva neanche escludere la possibilità di una spermatocistite per l'assenza di elementi flogistici, dato il notevole tempo oramai trascorso dall'inizio dell'affezione.

Dunque l'ipotesi che si sia trattato di una cisti congenita, residuo dei dotti di Müller riesce più convincente di quella di un diverticolo della vescicola seminale. E. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

F. LA TORRE. *Il forcipe*, 2ª ediz. riveduta e aggiornata dal prof. P. GAIFAMI. Un vol. in-8° picc. di p. 132, con 62 fig. intercalate. Roma, 1926. Casa Editrice L. Pozzi. Prezzo L. 24.

Questo libro tratta un argomento che interessa ogni medico pratico. Difatti il forcipe è lo strumento principe dell'ostetricia. Eccellente nelle mani di un medico intelligente e coscienzioso, che lo applichi a ragion veduta, per indicazioni precise, in condizioni favorevoli, con metodo corretto, diviene pericoloso in mani inesperte, applicato con leggerezza, da chi non abbia prima studiato, con coscienza di galantuomo, le difficoltà che si possono incontrare nei varii casi pratici, così per decidere l'applicazione come per eseguirla senza danneggiare la madre od il feto.

La Casa Editrice Pozzi ha molto opportunamente deciso di pubblicare in una seconda edizione questa riuscitissima monografia, veramente completa, redatta con grande cura dei particolari e con notevole brio di scrittore che sa farsi leggere, dal compianto prof. La Torre. E meglio ancora ha provveduto — nell'interesse dei nostri medici — affidando al prof. Paolo Gaifami, Direttore della R. Clinica Ostetrica di Bari, l'aggiornamento del libro.

Il prof. Gaifami è uno dei più efficaci realizzatori della buona ostetricia, per mezzo del suo

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

insegnamento eminentemente pratico, sia che scriva per gli ostetrici provetti, sia che si rivolga ai medici condottti ed alle levatrici, sia che parli al gran pubblico volgarizzando la scienza in quella parte che deve essere patrimonio di tutti.

Egli non ha turbato l'economia generale del lavoro, cui ha lasciato il caratteristico tipo aneddotico; ma lo ha ritoccato dove era necessario, v'ha fatto delle utili aggiunte, ha sostituito alcune figure con altre più dimostrative.

Qual esso è, il libro può riuscire di grande utilità per i pratici, servir loro di guida nell'esercizio dell'ostetricia, che è così pieno di responsabilità, specialmente in condotta, e nello stesso tempo fornire una gradevole lettura al medico, cui piace — come scrive il La Torre — « un pizzico di condimento di ricordi storici e teorici ».

Con siffatti ricordi, molto interessanti, si apre il libro, ed a questa parte introduttiva, che comprende anche i principî fondamentali su cui il forcipe moderno è costruito ed una descrizione dei forcipi principali, segue una parte — la più importante — che insegna l'azione del forcipe come agente di presa, di evoluzione e di trazione, nonchè di compressione e di stimolazione; che elenca ed illustra le indicazioni e controindicazioni, quindi le condizioni permittenti, i preparativi, i preliminari dell'intervento e le norme generali dell'atto operativo. Sono poi esposte le regole particolari nelle varie presentazioni e posizioni e chiudono il libro due preziosi capitoletti del Gaifami su « gli errori capitati nell'uso del forcipe » e su « i danni del forcipe ».

Il volume, che fa parte della bella *Collana di Manuali del « Policlinico »* (n. 26), è tipograficamente perfetto.

Ogni medico pratico dovrebbe averlo nella sua biblioteca accanto al *« Prontuario di Terapia Ostetrica »* del Gaifami, che è anch'esso meritamente alla 2ª edizione e dovrà presto averne delle altre.

T. ROSSI DORIA.

Ergebnisse der gesamten Medizin. Vol. VIII. Un vol. in-8° di 570 pag. con fig. e tav. colorate. Urban e Schwarzenberg edit. Berlino, 1926. Prezzo Marchi 24.

Come è noto, lo scopo di questa pubblicazione è di presentare al lettore lo stato attuale delle nostre conoscenze sopra un determinato argomento per mezzo di monografie redatte da specialisti in materia. Troviamo in questo volume le seguenti: Rachitide (P. György); Neurosi gastriche (F. Fleischer); Encefalite epidemica (F. Stern); Malattie del sistema extrapiramidale (W. Kirschbaum); Significato clinico della determinazione del metabolismo basale (H. Rothmann); La durata della gravidanza nei rapporti medico-legali; La narcosi generale (W. Bartzner) ed altre molte formanti un complesso che abbraccia tutte le branche della medicina.

fil.

CH. FIESSINGER. *La pratique thérapeutique en clientèle.* Un vol. in 8° di pag. 342. N. Maloine, ed. Paris, 1927. Prezzo frs. 20.

Chi legge questo libro può essere da principio turbato da qualche affermazione come, p. es. da quella che, escluso l'effetto specifico, l'azione dei medicamenti non oltrepassa una funzione di secondo ordine.

Ma se poi continua nella lettura e s'imbatte nel capitolo delle « malattie che guariscono da sè stesse » e raffronta quello che gli suggerisce la sua pratica di medico con quanto gli dice l'A. trova quanto siano giuste le sue osservazioni ed i suoi consigli.

E la lettura di altri capitoli lo confermerà in questa opinione: i ritorni terapeutici, la preparazione all'azione dei medicamenti, l'azione contraria dei medicamenti, la morfina nelle malattie dolorose e poi, via via, le diverse malattie.

Consigli pratici e soprattutto un grande buon senso, quello che, secondo l'epigramma del Giusti, è stato ucciso dalla scienza. E nessuna formola rigida imprigiona il duttile pensiero dell'A., tanto è vero che egli, che pure ha scritto « La terapia in venti medicamenti », ci viene ora a dire che « il medico deve essere munito di un arsenale di prodotti inoffensivi ». Gli spiriti chiusi troveranno in ciò una contraddizione la quale è invece ampiezza di respiro ed elevata comprensione della missione del medico, che è quella di recare sollievo al malato.

Questo libro dovrebbe accompagnare il medico nelle sue visite e gli fornirà sempre qualche utile indicazione e qualche buon consiglio.

fil.

☛ ***Pubblicazione importante:***

Dott. CARLO SANTORO
Assistente negli Ospedali Riuniti di Roma

SINDROMI D'URGENZA
Cause, Diagnosi e terapìa

Prefazione dei Professori
TITO FERRETTI e GIOVANNI ANTONELLI
Chirurgo Primario — Medico Primario
negli Ospedali Riuniti di Roma

Un volume in-8° di circa 400 pagine, nitidamente stampato su carta semipatinata. In commercio L. **45** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **41.90** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 29 marzo 1927.
Presidenza: prof. M. DONATI, presidente.

La farina di soja nella alimentazione umana.

V. DUCCESCHI. — Riferisce i risultati degli studi compiuti nell'Istituto di Fisiologia di Padova sul valore nutritivo del pane confezionato con il 10 % di farina di soja che contiene oltre il 50 % di sostanze azotate (proteine): questa prima comunicazione riguarda il ricambio dell'azoto.

Furono soggetti di esperimento sei individui adulti normali, di differente classe sociale, i quali durante 4 a 6 giorni si alimentarono esclusivamente con pane di soja, salvo l'aggiunta di piccole quantità di burro, di caffè, di zucchero e di vino. La quantità media giornaliera del pane ingerito fu di 739 grammi. Questa alimentazione fu benissimo tollerata, i soggetti continuarono le loro occupazioni e due di essi aumentarono di peso.

Si studiò il bilancio azotato degli alimenti, delle feci e delle orine; ad un introito generale medio giornaliero di gr. 16.24 di azoto corrisposero dei valori di eliminazione azotata per le feci, che oscillarono fra gr. 1.92 e gr. 3.54 equivalenti, nei singoli individui, ad un minimo del 14.75% ed un massimo di 21.53 di perdite di azoto con le feci (media generale del 16.77, corrispondente ad una assimilazione dell'83.23% di pane ingerito). Queste cifre indicano una utilizzazione nutritiva uguale a quella delle migliori qualità di pane di frumento.

Il bilancio azotato delle orine, rispetto agli ingesti, risultò positivo in due soggetti, molto prossimo all'equilibrio in altri tre e mostrò un *deficit* non molto sensibile in uno dei soggetti.

Concludendo: il pane contenente il 10% di farina di soja, elaborata dopo l'estrazione dell'olio dai semi, è perfettamente digerito ed utilizzato dall'organismo umano.

DONATI. — Si compiace coll'O. e mette in rilievo la grande importanza della comunicazione.

Il volume del cuore ai raggi X (con proiezioni).

SALOTTI A. — Espone i risultati di numerose ricerche radiologiche volumetriche del cuore, eseguite con i vari metodi di Brugsche, Seigel, Rossi ecc. e ne analizza le cause di errore che portano, nel 40% dei casi, a disparità di giudizio sull'indice cardiaco costituzionale.

Queste cause gli sono state confermate anche in ricerche su cuori cadaverici dei quali ha poi determinato il volume vero.

L'O. espone un suo metodo di volumetrica cardiaca dimostrando, con preparati anatomici, e con numerose proiezioni, l'esattezza dei calcoli e la differenza notevole con altre ricerche di AA. tedeschi e italiani. Il metodo semplice e rapido si basa sul volume dell'elissoide calcolato con elementi di elisse ruotanti nei quali si può scomporre la superficie ortodiagrafica teleradiografica del cuore.

Aggiunge che in vivo, per il diverso orientamento del cuore, variabile nelle posizioni e da individuo a individuo, il metodo si è mostrato sempre di notevole esattezza per la sovrapposizione dei punti fondamentali di ricerca ed il compenso dei valori degli assi, e ne dimostra in vario modo e con proiezioni sovrapposte la veridicità.

Conclude nel ritenere, data la semplicità e la rapidità del metodo, possibile la sua introduzione nella pratica radiologica e stabilisce che il volume del cuore in vivo, fino ad oggi non definito, possa ritenersi di cc. 500 con un massimo di 650 ed un minimo di 400.

ENRIQUEZ. — Si compiace con l'O. per la dettagliata esposizione, loda la genialità del metodo che evidentemente è il migliore di quelli fino ad oggi conosciuti e citati. Per l'errore minimo che esso porta in alcuni casi, consiglia di vedere se è possibile trovare una costante probabilmente legata a caratteri morfologici del cuore.

SALOTTI. — Risponde che in studi in corso ha già cercato di introdurre collateralmente la funzione dell'angolo di inclinazione e spera quanto prima poter riferire.

Esperienze di immunoprofilassi antimorbillosa col metodo Rietschel.

PAGANI CESA A. — L'O., dopo aver parlato del quadro grave che assume l'infezione morbillosa nei degenti di tutte le Cliniche Pediatriche e le difficoltà di poter arginare una epidemia interna, data la forte contagiosità della malattia, espone i tre metodi che abbiamo nelle mani per difendere i bambini che vivendo in ambiente morbilloso mal potrebbero sopportare la malattia. Il più efficace per concorde parere di tutti gli esperimentatori è l'iniezione secondo il metodo Degkwitz di 5-10 cc. di siero di convalescente praticata entro i sei giorni di incubazione. Viene di poi l'iniezione di sangue di adulto in forte dose, 30-40 cmc. secondo il metodo Rietschel. Di nessuna efficacia e praticità si è verificato il siero antimorbilloso ricavato dalla pecora.

L'O. introduce il metodo Rietschel per arginare una epidemia avvenuta nella Clinica Pediatrica di Padova ed introduce poi il metodo nella sua clientela privata. Egli si serve, anzichè di sangue di adulto, di quello dei fratelli maggiori che ebbero a soffrire il morbillo anni addietro o di bambini sani, degenti in Clinica che soffersero in antecedenza la malattia.

I suoi casi ammontano a 33. Di questi ebbe 15 immunizzazioni complete, cioè il 45 %, 7 forme abortive senza eruzione cioè il 21 %, 10 morbilli attenuatissimi cioè il 30%, un morbillo normale cioè il 3%; non ebbe nei suoi casi alcuna complicanza post-morbillosa, ed alcun morto.

Data la sua esperienza egli si mostra entusiasta del metodo che ha un evidentissimo valore pratico, poichè immunizza completamente o riduce di lievissima entità una malattia che nei rachitici, tubercolosi, sifilitici può assumere un decorso grave.

Prof. PANCRAZIO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'ascesso subfrenico.

La diagnosi dell'ascesso subfrenico è spesso oscura e di solito difficile. Esso segue, nella maggioranza dei casi, la infiammazione o la perforazione di uno dei visceri addominali, sia prima che dopo l'intervento. Più raramente si ha l'infezione per via sanguigna oppure l'origine è apparentemente spontanea.

L'infezione può avere origine nel torace, ma si tratta di un'evenienza rara. Essa arriva di solito allo spazio subfrenico: 1) per diretta estensione da una peritonite generalizzata o localizzata; 2) per la corrente sanguigna per la via della porta; 3) per i linfatici del tessuto cellulare retroperitoneale o per le vie linfatiche associate con l'arteria epigastrica profonda, passando per il legamento falciforme.

L'inizio può essere acuto od insidioso; quest'ultimo è il più frequente. Dopo l'operazione per qualche condizione acuta, la convalescenza procede normale per un certo periodo; si ha poi l'innalzamento di temperatura che assume il tipo settico, con polso frequente, mentre il numero dei respiri non è aumentato di molto. Il paziente si lamenta di dolore, ma la sua localizzazione dipende in gran parte da quella dell'ascesso. Se questo è nello spazio anteriore endoperitoneale, il dolore è riferito alla parte superiore dell'addome ed al margine superiore del trapezio od ai lati del collo; se invece l'ascesso è negli spazi posteriori, il dolore è avvertito ai lombi od alla regione scapolare.

Si ritiene generalmente che il singhiozzo sia presente nel 50 % dei casi; ma nelle osservazioni di R. Dexter (*Amer. Journ. Med. Sciences*, dicembre 1925) non è mai stato segnalato.

Poco per volta i segni indicano l'esistenza di un processo settico occulto che, se non vi si pone rimedio, si diffonde alla cavità pleurica, con risultato in empiema. I segni fisici variano con la posizione dell'ascesso, la sua durata e la presenza o meno di gas. Si può osservare un rigonfiamento epigastrico che varia con la posizione del paziente. La percussione del torace può far rilevare un'ottusità che si cambia in timpanismo col variare della posizione. Importante è la succussione e specialmente un suono di succussione sincrono con il battito cardiaco. Si dovrà fare sempre l'esame radiologico, col paziente in posizione eretta; al fluoroscopio si rileverà la mancanza di movimenti del diaframma dal lato affetto. Si può anche rilevare lo spostamento in alto del diaframma, sicchè l'arco normale di questo appare più acuto.

fil.

La splancnoptosi.

La ptosi è una malattia prevalentemente costituzionale. È bensì vero che può essere prodotta da cause accidentali le quali, ad ogni modo, l'accentuano sì da farla apparire più manifesta e da aggravarla, specialmente in conseguenza di fatti traumatici e di malattie esaurienti.

Come in ogni forma morbosa costituzionale, l'eredità ha grande importanza per la genesi della ptosi.

Costante è nella ptosi il fremito arterioso, comune negli stati psiconeurotici, nella clorosi e soprattutto nel gozzo esoftalmico; da ciò risulterebbe uno stretto rapporto patogenetico fra tali malattie, per le quali esiste uniformità di alterazione angiotrofica, mentre si ha diversità sindromica. A seconda poi degli individui e delle circostanze, si hanno caratteristiche particolari.

G. Cattani (*Gazz. Osped. e Clin.*, 25 luglio 1926) riconoscendo la quasi identità della ptosi e della psico-neurosi osserva che anche la terapia deve essere analoga, consistente soprattutto nell'ambientamento fisico e morale del malato.

Importante è la cura di riposo. Parte integrante della cura è la dieta in cui si deve osservare anzitutto il frazionamento dei pasti, da farsi seguire da un decubito a sdraio per mezz'ora; si darà la preferenza ai cibi liquidi, dando poca carne. Fra i rimedi, i più adatti sono l'atropina e la stricnina, da darsi associate sotto forma di noce vomica e di belladonna, nella seguente formola: Estratto fluido di condurango g. 10; Tintura di noce vomica g. 2; Tintura di belladonna g. 1; XXX gocce prima dei pasti.

fil.

L'ernia spontanea della linea semilunare di Spigelio.

E. Angeletti (*Archivio Italiano di Chirurgia*), dopo aver riferito 4 casi da lui operati, fa una completa rassegna di tutti i casi noti nella letteratura (73), che rappresentano indubbiamente solo una piccola parte di tutti quelli che s'incontrano nella pratica chirurgica. Degno di nota è il fatto che tali ernie hanno come sede di elezione il punto d'unione del terzo medio col terzo interno della linea ombelico-spina-iliaca-ant-sup., che profondamente corrisponde all'angolo late-

rale dell'arcata di Douglas, ove per condizioni speciali anomale può esistere un « locus minoris resistentiae ». Altro fatto importante è la presenza di una porta erniaria a bordi duri, fibrosi, taglienti, che, in caso di strozzamento, fa sì che le lesioni del viscere erniato diventino più rapidamente gravi. Giustamente infine l'A. richiama l'attenzione sulle piccole ernie, a volte impalpabili, che possono simulare altre sindromi (sigmoiditi, appendiciti), e sviare la diagnosi se un esame più che diligente non avrà indirizzato il chirurgo.

V. Lozzi.

Forma duodenale del cancro del pancreas. Diagnosi radiologica.

Macaigne e Nicaud (*Bull. Mém. de la Soc. Méd. des hôpitaux de Paris*, 6 gennaio 1927) hanno comunicato alla seduta del 31 dicembre 1926 il caso di un malato con un cancro pancreatico che aveva realizzato, per compressione e propagazione, una stenosi duodenale della 3ª e 4ª porzione. Il quadro clinico era quello di una sindrome pilorica (dolori, vomito, onde peristaltiche terminanti al piloro).

All'esame radioscopico il pasto di bario passa bene fino alla 2ª porzione del duodeno, alla terza e alla quarta si forma un passaggio ristretto mentre le parti precedenti si dilatano.

S'intervenne chirurgicamente e si trovarono: noduli al fegato; stomaco e duodeno dilatati.

Quarantotto ore dopo il paziente morì e l'autopsia fece rilevare un tumore della testa e del corpo del pancreas a sviluppo inferiore che spingeva la terza porzione del duodeno.

Istologicamente si trattava di un cancro alveolare.

Tali tumori sono rarissimi.

Meo Colombo.

TERAPIA.

Per combattere nei prostatici la ritenzione di urina cronica incompleta senza ricorrere al cateterismo.

Il dott. Pilade Pollazzi (*Paris Médical*, n. 46, 1926), osserva che nella ipertrofia prostatica distinguiamo, secondo Guyon, tre periodi e cioè: nel primo periodo si hanno disturbi della minzione; nel secondo si verifica ritenzione cronica incompleta senza distensione della vescica; nel terzo si ha la ritenzione con la distensione vescicale. Nel primo periodo i disturbi della minzione non impediscono il vuotamento della vescica, avendo essa conservata la contrattilità sufficiente per vincere l'ostacolo prostatico; nel secondo periodo, se non si voglia praticare la prostatectomia, tutti gli urologi sono d'accordo che è necessario praticare, giornalmente, il cateterismo che spesso, anche praticato con tutte le cautele di asepsi, può dar luogo a complicazioni più o meno gravi, specie nei prostatici, considerato che frequentemente si verificano delle emorragie o infiltrazioni urinose per la determinazione di false strade. Tutti i mezzi preconizzati finora per ovviare alla ritenzione d'urina hanno avuto lo scopo di decongestionare la prostata e facilitare la minzione (bagni caldi, semicupi, clisteri, supposte). Prescindendo dal 1° e secondo periodo l'autore si occupa della cura del terzo periodo in cui la diminuzione di potere di contrattilità della vescica rappresenta un fattore molto importante nella genesi della ritenzione. Per queste ragioni si ha sempre un residuo che varia dai 100 ai 500 grammi, residuo che, ristagnando in vescica, determina trasformazione nelle urine che diventano alcaline e ammoniacali, dando luogo ad una lenta intossicazione. Considerata la conformazione strutturale della prostata è necessario far scomparire il bassofondo vescicale con una sostanza appropriata, che, per le sue proprietà chimiche e meccaniche, possa permetterci la sostituzione del residuo urinario. Questo liquido dovrà rispondere secondo l'autore alle seguenti condizioni:

1) essere privo di qualsiasi azione irritante sulla mucosa vescicale e sviluppante una azione antisettica nei casi nei quali l'ipertrofia prostatica sia accompagnata da cistite;

2) che abbia una densità superiore a quella dell'urina;

3) che non si alteri e non si sciolga a contatto dell'urina.

L'A. dopo ricerche molteplici ed esperienze, ha ricorso, con ottimo risultato, all'*olio di sesamo bromurato al* 33 %. Questo liquido, sterilizzato e reso antisettico con l'aggiunta di un disinfettante, introdotto in vescica in quantità superiore al residuo vescicale precedentemente controllato, aderisce perfettamente al bassofondo e si rinnova ogni 2 o 3 mesi.

Il residuo vescicale, dato il suo peso specifico inferiore, si eleva sul bassofondo, permettendo così il vuotamento completo della vescica.

T. Laurenti.

La prostatectomia soprapubica per l'ipertrofia semplice della prostata.

Hunt riferisce i particolari della tecnica operatoria e del trattamento pre- e post-operatorio seguito nella Clinica di Mayo; mette in rilievo

sopratutto i grandi vantaggi rappresentati dal « Pilcher bag » per la prevenzione delle emorragie secondarie nella loggia prostatica. L'apparecchio viene messo nella loggia prostatica dopo eseguita una sutura a punti staccati del collo vescicale, e consta essenzialmente di un palloncino di gomma rigonfiabile che riempie e comprime il cavo residuato alla prostatectomia. Viene tenuto *in situ* mercè un tubo che fuoriesce dall'uretra e che per mezzo di una gabbia metallica appoggiata al pube, esercita una trazione continua sul palloncino. Dopo 12-16 ore vien tolto. I risultati sarebbero molto superiori a quelli del'o zaffamento con garza iodoformica.

VITTORIO GHIRON.

L'urotropina endovenosa nella ritenzione di urina postoperatoria.

W. Sahl (*Zentral. f. Chir.*, 1926) si occupa in generale delle ritenzioni di urina post-operatorie, qualunque sia l'intervento che sia stato praticato.

È noto infatti che, dopo molte operazioni (urinarie o non) gli infermi non possono vuotare la loro vescica: è la ritenzione post-operatoria e per vincerla è necessario il sondaggio.

Ciò però ha il facile inconveniente della infezione vescicale e per questo l'A. raccomanda in questi casi le iniezioni intravenose di urotropina considerandole come il metodo di elezione.

A. POZZI.

Il bleu di metilene nella cura della tubercolosi reno-vescicale. Suo valore terapeutico e diagnostico.

H. Blanc (*Paris Médical*, n. 32, 1926) ricorda come da tempo tale sostanza si sia usata nelle forme suppurative e gonococciche nonchè tubercolari, specie nella Clinica di Marion. Quanto alle sue proprietà ricorda come anzitutto il bleu di metilene abbia affinità elettive per la cromatina allo stato vivente e cioè con colorante cellulare, che questo colorante cellulare non esercita solo la sua proprietà su i tessuti epiteliali, ma anche su gli elementi nervosi; che infine il bleu si elimina per il rene in maggior parte.

Da queste proprietà fisiologiche ne risulta che la sua azione è antisettica e antinevralgica. Il bleu di metilene trova la sua razionale applicazione in tutte le affezioni reno-vescicali e può usarsi per via orale e localmente. Per via orale si daranno delle pillole da gr. 0,05, due al giorno e la cura potrà farsi per 20 giorni su 30. Localmente si faranno le instillazioni usando dosi all'1 % in siero artificiale al 7 %; questa soluzione potrà allungarsi al mezzo, al terzo. Si iniettano nella vescica, ogni 2 giorni, 5 cmc. di soluzione e alle volte anche 10 cmc. a seconda della tolleranza. Il bleu agisce per imbibizione ed è un potente microbicida e antinevralgico.

L'A. afferma che il bleu oltre essere un ottimo rimedio per la tubercolosi reno-vescicale ha anche non poca importanza dal punto di vista diagnostico.

Riferisce infatti, su 5 casi in cui l'azione positiva del bleu coincise sempre con lesione certa tubercolare.

T. LAURENTI.

La tecnica di Mayo per i cistoceli.

Il metodo vale per i cistoceli voluminosi con prolasso dell'utero e consiste, previa isterectomia vaginale, nel formare un piano con i legamenti larghi suturati con punti da materassaio e uniti con punti anche al periosteo del pube. L'operazione, secondo Masson (*Surg. Gyn. and Obst.*, ottobre 1926), è completata con una perineorrafia.

V. GHIRON.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Gruppi sanguigni e malaria inoculata.

J. Wendelberger (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 11, 1927) osserva come per l'inoculazione della malaria si adoperi di solito il sangue preso al malarico subito dopo il brivido. S'inoculano dunque plasmodi malarici contenuti nei globuli rossi; è perciò probabile che alterazioni subìte dai globuli rossi influenzino anche i germi in essi contenuti. Diversità di gruppi sanguigni potrebbero perciò avere qualche importanza per la riuscita dell'inoculazione di sangue malarico.

Se il sangue malarico viene inoculato ad individui il cui siero agglutina ed emolizza le emazie del datore, anche i plasmodi malarici potrebbero risentire notevole danno da tale alterazione dei globuli in cui essi sono contenuti. Questo danno subito dai plasmodi si potrebbe manifestare con un periodo d'incubazione particolarmente lungo oppure con la assenza degli accessi malarici (inoculazione infruttuosa). Ricerche dell'autore dimostrano che l'appartenenza a determinati gruppi sanguigni ha una certa importanza per la riuscita della inoculazione della malaria. Inoculando sangue malarico ad un individuo appartenente a gruppo sanguigno incompatibile a quello del datore nel 60 % dei casi non si riesce a riprodurre la malaria.

POLLITZER.

L'influenza delle operazioni sul simpatico sopra la leucocitosi.

Per Leriche-Fontaine (*Presse Médicale*, novembre 1926) tutte le operazioni sul simpatico inducono delle variazioni della formula ematica nel territorio simpaticectomizzato; sopratutto variazioni leucocitarie.

Nelle simpaticectomie periarteriose dopo l'iniziale vasocostrizione periferica con leucopenia, si ha una vasodilatazione con leucocitosi.

Negli interventi sulla catena simpatica cervicale, che non provocano l'iniziale vasocostrizione, si ha immediatamente la vasodilatazione con la leucocitosi. La leucocitosi si fa a carico dei polinucleari neutrofili, raggiunge il massimo dopo poche ore, poi s'attenua progressivamente e scompare entro 1-2 mesi. La leucopenia iniziale è in diretto rapporto ed è funzione dell'intensità della vasocostrizione; come la leucocitosi è in rapporto colla vasodilatazione attiva.

Tali fenomeni non dipendono da una leucolisi o leucopoisi, ma semplicemente da un'abnorme ripartizione leucocitaria nei territori periferici.

La leucocitosi produrrebbe delle variazioni umorali, e delle modificazioni dell'equilibrio acido-base, suscettibili di spiegare le trasformazioni di attitudini riparatrici dei tessuti. Per effetto della leucocitosi le *ulcere croniche* atoniche, in 5-6 giorni diventano amicrobiche, quindi rapidamente tendono alla riparazione.

V. LOZZI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Uso dell'acetato di tallio e dell'olio di chaulmoogra. — Al dott. A. L. C., da R.:

La posologia dell'acetato di tallio nel trattamento della tigna è stata stabilita da Buschke nella dose di 8 mg. per kg. di peso del corpo. Si somministra per bocca in acqua zuccherata, una sola volta.

I capelli incominciano a cadere dopo 6-8 giorni; al 19° la depilazione è completa. È utile precauzione tenere i bambini a letto per 24-48 ore dopo la somministrazione e sarebbe desiderabile poterveli tenere per tutta la durata dell'azione del medicamento.

Qualche disturbo si ha nella 2ª-3ª settimana: cefalea, perdita di appetito e dolori articolari (ai ginocchi, ai piedi, alle dita) che scompaiono col semplice riposo a letto.

È indispensabile l'uso di un prodotto puro. Il trattamento è controindicato quando vi sia albuminuria, poichè l'acetato di tallio tende, di per se stesso, a dare albuminuria.

L'olio di chaulmoogra nel tracoma si usa per semplici instillazioni sotto la palpebra.

Nella lebbra, si somministra per bocca a dosi di 10-300 gocce e fino a 500 al giorno in capsule cheratinizzate, all'inizio od alla fine dei pasti. La dose utile media è di 100 gocce; per sopportare bene le dosi forti, è necessario il regime latteo.

Raramente potrà continuarsi la cura per più di due mesi; si può allora ricorrere a clisteri (emulsione dell'olio in latte), a suppositori o, meglio, ad iniezioni endomuscolari nella regione glutea di 1-5 cmc., secondo la formula di Pomaret: Olio di chaulmoogra cmc. 70 in provetta graduata, portando a 100 cmc. con eucaliptol; agitare, filtrare su carta, distribuire in fialette e sterilizzare a 100°.

Si usa anche in applicazioni locali: Olio di chaulmoogra g. 40; Vaselina g. 50; Paraffina g. 10.

fil.

Al dott. G. D. P., da S. P. P.:

Per le malattie della pelle, veda il Manuale di REDAELI, pubblicato da F. Vallardi, Milano. Prossimamente, nella « Collana dei manuali del Policlinico », sarà pubblicato quello sulle malattie della pelle, del prof. MONTESANO.

Per gli esami clinici di laboratorio, veda il Manuale di C. M. BELLI, pubblicato dall'Istituto editoriale scientifico di Milano. Anche su tale argomento, nella « Collana dei manuali del Policlinico » sarà pubblicato un Manuale a cura del prof. GIUDICEANDREA.

fil.

Al dott. E. C., da P.:

Nell'esame microscopico dell'urina, è assai difficile, se non impossibile, eliminare il pus per facilitare la ricerca degli eventuali elementi renali. Può tentare con l'aggiunta di qualche goccia di acido acetico che, dapprima, mette meglio in evidenza i leucociti e poi li rigonfia e li fa scoppiare; è probabile che le altre cellule e sopratutto i cilindri resistano maggiormente.

La soluzione di Spengler per la colorazione di contrasto del bacillo di Koch è fatta, non già con acido picrico sciolto a parti uguali con alcool, ma con parti uguali di alcool assoluto e di soluzione acquosa satura di acido picrico; invece di quest'ultima può anche usarsi il reattivo di Esbach.

fil.

VARIA.

Igiene alimentare.

I « menus » nella storia.

La cucina, dice Brillat-Savarin, è la più antica delle arti. È per mangiare che l'uomo ha imparato a cacciare, e per cambiar gusto ai cibi che ha imparato a fare il fuoco. L'uomo primitivo visse di frutti, di caccia, di pesca, ma anche di cereali.

Nell'alta antichità, diversi tra loro furono i popoli riguardo alla storia degli alimenti.

Gli Indù non mangiavano carne, in omaggio alla credenza nella metempsicosi, ma offrivano animali agli Dei. Si cibavano di cereali e bevevano il « sôma » a base di miele fermentato.

L'Egitto è un paese di coltivazioni: cereali, rizomi del loto, del papiro, lenticchie, fave, frutti varî vengono utilizzati per l'alimentazione. Il bue era animale sacro; le classi basse si cibavano di carne di porco. I tartufi erano giganteschi: 36 chili e anche più!

Gli Ebrei si alimentavano, seguendo i dettami della Bibbia, di cereali, legumi, latte, burro, miele, sale, spezie, pesci, pecore, vitelli, buoi, ma non di carne di porco. Erano ghiotti di dolciumi. I Caldei erano un popolo agricolo e orticolo. Gli Assiri invece un popolo cacciatore. I Persi, oltre ai cereali e ai legumi, mangiavano carne di cervo e d'asino.

I Greci, molto semplici in origine, si cibavano di pecore, capre, porci; il piatto nazionale ateniese è la « madza » fatta di orzo e aceto o vino.

Gli Spartani, prima assai frugali, lo furono meno ai tempi di Pericle: la D.ssa Koundjy (*Presse Méd.* 1927, n. 12) descrive il ricco pasto di un signore dell'epoca, composto... di ogni ben di Dio!

Più tardi, compaiono anche i pasticci (di miele, di latte). I Greci bevevano poco durante il pasto, ma molto subito dopo, e allungavano il vino con due terzi di acqua.

I Romani erano anche molto frugali: per secoli si nutrirono di polenta di tritico, poi di pesci lessati o fritti, cavoli, fave, formaggio.

Il pasto delle classi agiate dei tempi posteriori si compone di tre parti: la « gustatio », la « cena », la « secunda mensa ». Era l'epoca del « vomitorium ». Seneca rimprovera: *Si vomita per mangiare, si mangia per vomitare.* I pranzi di Lucullo costavano 45.000 franchi l'uno! E che dire di Vitellio, e di Nerone? La cena di Trimalcione, descritta da Petronio in 400 pagine, serva di esempio: una sola delle innumerevoli portate era un coperto rotondo, diviso come lo Zodiaco in dodici settori, in ognuno dei quali un piatto rappresentava il segno zodiacale corrispondente: per esempio, al posto della Vergine, un pesce che non aveva mai fatto uova, al posto della Libra, una bilancia recante su uno dei piatti una torta e sull'altro un pasticcio, e via dicendo.

Anche Bisanzio fu invasa da queste follie di anfitrioni.

L'alimentazione dell'Occidente era meno raffinata: la Gallia è il grande centro delle salagioni, e, sino a Carlomagno, il nutrimento è grossolano. Dopo, si ebbero, alle feste cavalleresche « i fagiani dalle zampe dorate e il pavone dalla coda dischiusa portati sulla tavola dei principi da paggi vestiti d'oro » (Brillat-Savarin). Nei castelli, più tardi, i pasti erano, con la guerra e la caccia, le sole distrazioni. Erano interminabili, ma non troppo raffinati.

A Parigi nel 13° secolo, le derrate sono quelle dei giorni nostri, le liste delle vivande assai ricche presso gli agiati; vi sono ottimi libri di cucina. I poveri soffrono invece la fame e mangiano trippa, carne di delfino e di cane.

Più tardi, vi furon limitazioni (dovute alla legge) della quantità dei cibi, e un ritorno agli alimenti vegetali, e Rabelais porta in Francia e coltiva la lattuga presa a Roma.

Sotto Luigi XIV fanno la loro comparsa l'alcool e il caffè: i libri distinguono due cucine: la grassa e la magra, ciascuna con grandi varietà di cibi. Solo per la magra vi sono 150 minestre differenti!

Al re una volta fu offerto da M.me de la Chancelière un festino di 168 piatti! La cucina dei borghesi è invece poco complicata: legumi, polli nei giorni di festa, formaggi e latticini.

Il grande avvenimento del regno di Luigi XVI è la piantagione delle patate.

Dopo la Rivoluzione, detta il regno della dispepsia, l'arte culinaria riprende i suoi diritti e nel 1870 viene offerto a Dumas padre un pranzo di dieci portate, ognuna composta di una media di una quindicina di piatti diversi.

Prima della grande guerra, in Francia l'agiato mangiava troppa carne, il povero mangiava troppo pane.

Dopo la guerra le cose si sono semplificate: l'epoca delle gonne corte e dei capelli tagliati è l'epoca delle restrizioni, del « regime di due piatti »; ma è anche l'epoca della maggiore razionalità nell'alimentazione, la quale viene regolata da leggi fisiologiche, fisiche e chimiche, dettate anche dai grandi scienziati, che non sdegnano di dedicare la loro attività mentale a questo complesso problema.

E. G.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVII. — Se ed in quali casi possa essere modificata la norma del capitolato concernente la residenza del medico condotto in un dato luogo.

Un medico condotto era stato nominato per l'assistenza sanitaria degli abitanti d'una frazione, ma con facoltà di risiedere in città e di esercitare la professione libera. Successivamente, le condotte mediche furono ridotte da cinque a tre e il Comune, valendosi della facoltà prevista dal capitolato di modificare l'ordinamento delle circoscrizioni delle singole condotte, obbligò il medico, già autorizzato a risiedere nel Comune, a stabilire la residenza nella frazione per assicurare un'assistenza sanitaria meglio rispondente ai bisogni dei frazionisti, tenuto conto della distanza della frazione dal capoluogo.

Ne derivò una controversia tra il medico e il Comune al fine di stabilire se legittimamente fosse stato stabilito l'obbligo della residenza nella frazione. È da notare che nel caso in esame il capitolato aveva previsto esplicitamente la facoltà e la eventualità di un riordinamento delle circoscrizioni delle condotte, il che poteva importare anche la necessità di una diversa determinazione della residenza del medico in relazione alle mutate circoscrizioni. Il Consiglio di Stato, Sezione V, con decisione 27 novembre 1926 n. 418, ha dichiarato legittimo il provvedimento del Comune.

È da ritenere che, in linea di massima, la residenza stabilita dal Comune, in forza del capitolato o della deliberazione di nomina, non costituisca per il medico condotto un vero e proprio diritto, che sia di ostacolo assoluto, in ogni caso, a qualsiasi diversa determinazione. Questa concezione del diritto soggettivo, relativamente alla residenza, non corrisponderebbe alla natura del rapporto d'impiego che non è un vero e proprio contratto ma è un negozio giuridico di diritto pubblico caratterizzato dallo scopo di provvedere ad un servizio di generale interesse, secondo le esigenze di esso. Però sarebbe altrettanto eccessivo ammettere che, una volta stabilita la residenza, il Comune possa modificarla senza che *una vera e propria necessità* di pubblico interesse, per sopravvenute circostanze o di riordinamento delle circoscrizioni o di eventi demografici, giustifichino una diversa determinazione, tanto più che la residenza già stabilita, pur non costituendo un vero e proprio diritto, corrisponde ad una pretesa legittima del medico condotto, cioè ad un interesse protetto dalla legge. Si tratta, quindi, di un problema di limiti del potere del Comune, soggetto a controllo giurisdizionale dal punto di vista della legittimità.

XVIII. — Gli atti amministrativi non possono produrre, generalmente, effetti retroattivi.

Un impiegato era stato licenziato in forza dei decreti 27 maggio, 1923 n. 1177 e 24 settembre n. 2073. La deliberazione era stata però annullata dal Consiglio di Stato. Successivamente, dopo il 31 dicembre 1924, quando era scaduto il termine che limitava la efficacia dei decreti suddetti, il Comune licenziò nuovamente l'impiegato, in forza dei poteri straordinari, con decorrenza dal 1° aprile 1923 cioè dalla data del primo licenziamento. Anche la seconda deliberazione è stata annullata dal Consiglio di Stato sia perchè il Comune non poteva più esercitare il potere straordinario dei decreti 27 maggio e 24 settembre 1923, sia perchè, in ipotesi, il Comune non avrebbe potuto provvedere *ex novo* con effetti retroattivi, violando così il giudicato che aveva annullato il primo licenziamento. « Nè importa — dice la decisione 28 dicembre 1926 n. 473 — che il Consiglio di Stato aveva espressamente fatti salvi gli ulteriori provvedimenti dell'amministrazione, poichè con questa espressione il Collegio non intese che riconoscere all'amministrazione quei poteri che le spettavano per legge, di provvedere cioè sulla situazione dei ricorrenti in conformità delle norme ordinarie della legge comunale e del regolamento per gli impiegati del Comune, ma non intese far rivivere un decreto legislativo che aveva già cessato di esistere ». Il principio giuridico che in questo caso e con riferimento ai poteri straordinari è stato applicato dal Consiglio di Stato, ha una portata più generale. Annullato un licenziamento, sia pure per vizio di forma, l'amministrazione pubblica può eventualmente deliberare ex novo, ma con effetti dalla data del nuovo provvedimento e non può stabilire che questo abbia invece effetto retroattivo dalla data del primo. Questo principio si riconnette alla norma più generale circa la efficacia degli atti amministrativi, i quali, normalmente, hanno effetto dalla data in cui divengono efficaci.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I voti del Sindacato delle professioni sanitarie.

All'adunata degli Intellettuali fascisti che ebbe luogo a Milano sotto la presidenza dell'on. Rossoni, i Sindacati delle Corporazioni intellettuali proposero e fecero approvare i loro ordini del giorno, affermanti voti speciali. Riportiamo i due proposti dal Sindacato delle professioni sanitarie:

I. Il Sindacato, considerando: *a*) che la nuova struttura corporativa dello Stato Fascista implica l'organizzazione e la dipendenza di ogni lavoratore intellettuale dai Sindacati ormai giuridicamente riconosciuti; *b*) che colle mansioni ora assunte dai Sindacati gli Ordini Professionali vengono privati di ogni loro attributo; *c*) che necessita tenere moralmente unite le Classi Professionali; fa voti che siano aboliti gli Ordini Professionali e che le residue loro mansioni siano devolute ai rispettivi Sindacati.

II. Il Sindacato, essendo a conoscenza che il Governo Nazionale attende allo studio della organizzazione degli Ufficiali Sanitari; tenuto conto che nei piccoli Comuni, per le difficoltà date dalla lontananza dai centri di studi e per le altre mansioni disimpegnate, i medici spesso non possono essere al corrente del movimento scientifico; e che per le dirette relazioni di vita in sito essi spesso non hanno completa libertà d'azione; fa voti che siano aboliti gli Ufficiali Sanitari dei piccoli Comuni e che essi siano sostituiti da Ufficiali Sanitari circondariali; sicuro che il Governo Fascista saprà armonizzare gl'interessi dei Medici colle alte finalità di difesa sociale e gli interessi della salute pubblica.

Contributi sindacali obbligatorii per gli intellettuali.

Il Ministero delle Corporazioni ha approvata la seguente classificazione dei contributi sindacali obbligatori per gli esercenti una libera attività:

1) Avvocati e procuratori, ingegneri, medici, giornalisti, architetti, chimici, lire cento annuali.

2) Veterinari, autori e scrittori, musicisti, artisti, dottori commerciali, ragionieri, farmacisti, geometri, lire ottanta annuali.

3) Ostetriche, periti, lire sessanta annuali.

I suddetti contributi sono obbligatori per tutti gli esercenti la libera professione.

Per i professionisti che sono anche iscritti ai Sindacati Fascisti, oltre il contributo obbligatorio vi è il pagamento della tessera in lire dieci.

Qualora secondo lo spirito della Riforma sindacale si dovesse provvedere alla istituzione di opere assistenziali e di previdenza per i medici, saranno fissati i contributi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCARANO D'ISTRIA (*Trieste*). *Sanatorio Popolare « Conte Petitti di Roreto »*. — Direttore tecnico ed amministrativo. Stip. L. 30,000, vitto, obbligo di residenza. Il termine utile per la presentazione dei documenti alla Segreteria dell'O.N.I.G. in Trieste, scade il 12 giugno. Per chiarimenti scrivere alla Segreteria.

AQUILA. *Ospedale Civico di S. Salvatore*. — Primario del Laboratorio di ricerche cliniche ed anatomo-patologiche; L. 4500 e 50% diritti di laborat. Scad. ore 12 del 25 giu. Età lim. 40 a. al 20 mag. Titoli e prova teorico-pratica. Il primario avrà anche l'ufficio di dissettore e gli sarà affidato il reparto isolam. Serv. entro 15 gg.

BIANCO (*Reggio Cal.*). — L. 6000 (*sic*) e 4 quadr. dec.; L. 2500 cav.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10. Scad. 15 giugno.

FORLÌ. *R. Prefettura*. — Uff. san.; L. 14,000, oltre L. 2000 serv. att. e L. 2000 supplemento integrativo; doppio c.-v.; 10 bienni ventes. Divieto di esercizio profession. e di qualsiasi altra mansione od ufficio. Scad. 15 giugno.

GENOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario e direttore dell'Ufficio Municipale d'Igiene del Comune di Genova unificato. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 19.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Vice primario specialista in pediatria medica; scad. 8 giugno; vedi fasc. 21.

IVREA (*Aosta*). *Ospedale Civile*. — Due assistenti della Sez. Chirurgica; scad. 20 giu.; v. fasc. 21.

LAGONEGRO (*Potenza*). — A tutto 30 giu.; lire 7000 per 600 pov. e 6 quadr. dodicesimo; docum. a 3 mesi; tassa L. 50; età lim. 40 a.; serv. entro 15 giorni.

MANTOVA. — Scad. 10 giu. Medico di Riparto; L. 9000 e 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 1170-1800; età lim. 40 a.

MATINO (*Lecce*). — L. 8500 per 1000 pov.; addizionale L. 3 per 500 pov. e L. 5 oltre; 5 quadrienni dec. Scad. 30 giugno.

MERANO. *Cassa Circondariale per Ammalati*. — Il Consiglio d'Amministrazione apre nuovamente il concorso ad un posto di capomedico e sei posti di medico rionale. Scad. 15 giugno. Stipendio lordo mensile per il capomedico L. 2200, per i medici rionali L. 1400. Età massima a. 50. Nell'esame dei titoli verrà tenuto conto della conoscenza della lingua tedesca. Diritti e obblighi sono specificati nel regolamento di servizio che si può avere dalla Segreteria.

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona*. — Sono vacanti posti di medico assistente negli Istituti elioterapici-chirurgici e profilattici in Pietraligure;

L. 12,000, oltre vitto e alloggio. Domande e richieste d'informazioni all'Amministrazione (via Cesare Correnti 13, Milano).

S. Pietro Viminario (*Padova*). Proroga a tutto giugno.

Sonnino (*Roma*). — A tutto 25 giu.; v. fasc. 21.

Sulmona (*Aquila*). *Casa Santa dell'Annunziata.* — Aiuto di chirurgia nell'Ospedale Civile; scad. 10 giu.; vedi fasc. 21.

Todi (*Umbria*). — Al 1° lug., 4ª cond. rurale; L. 8000, oltre L. 600 serv. att., assegno mezzi trasporto (automobile o carrozza), due c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; docum. a 3 mesi dal 29 apr.; serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio.

Concorsi a premio.

Concorso per lo studio del cancro.

L'Ospedale Maggiore di San Giovanni di Torino, rende noto che la scadenza del concorso a quattro premi indivisibili di L. 2500 ciascuno fra i medici del Piemonte per opere sullo studio clinico ambientale del cancro, indetto per generosa oblazione del senatore prof. Bellom Pescarolo, è stato protratto, su richiesta dei concorrenti, dal giugno 1927 a tutto ottobre successivo.

Premio Maragliano.

È aperto il concorso al « Premio Maragliano » di L. 1000, da assegnarsi al miglior lavoro fatto in Italia sulla tubercolosi. Gli aspiranti al premio dovranno trasmettere al rettore della R. U. di Genova tre copie del lavoro scritte a macchina o in bozze di stampa, non essendo ammessi lavori già precedentemente pubblicati. I lavori debbono portare il nome e cognome dell'autore, nonchè l'indicazione del laboratorio od istituto nel quale furono eseguite le ricerche, e saranno inviati raccomandati e con ricevuta di ritorno al rettore della R. U. di Genova, prima del 31 dicembre 1927.

Concorsi internazionali per lavori sperimentali.

Allo scopo di favorire le ricerche sperimentali, la « Revista Sud-Americana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia » indìce un 2° concorso internazionale con 3 premi di 1000, 500 e 500 pesos argentini (al cambio attuale 1 pesos equivale circa a 10 lire it.). I lavori premiati verranno inseriti nella rivista; la riproduzione di disegni, fotografie ecc. è a carico dell'amministrazione; gli autori riceveranno 100 estratti gratis. I temi sono facoltativi, ma saranno preferiti i lavori di endocrinologia, immunologia e chemoterapia. I lavori non devono sorpassare 16 pagine di stampa. Possono essere scritti in spagnolo, italiano, francese, portoghese, inglese, rumeno, ma la rivista si riserva la facoltà di farli tradurre in spagnolo per la pubblicazione, qualora lo stimi opportuno. Saranno firmati con un pseudonimo e accompagnati dal nome in busta chiusa. A parità di merito si darà la preferenza a collaboratori della rivista. La Commissione aggiudicatrice sarà composta da professori universitari e dal direttore della rivista.

Indirizzare i lavori prima del 31 dicembre p. c. alla direzione: Rivadavia n. 1745, Buenos Aires (Argentina).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A direttore dell'Ambulatorio Antivenereo di Girgenti è risultato, in esito a concorso per titoli ed esami, il dott. Giovanni Cremona, da Girgenti. La Commissione era composta dei prof. Luigi Philippson presidente, Liborio Giuffrè ed Ercole Cova.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La Conferenza internazionale sulla rabbia.

Parigi, 25-30 aprile 1927.

La Conferenza internazionale sulla rabbia, organizzata dalla Società delle Nazioni, si è inaugurata il 25 aprile, nella Biblioteca dell'Istituto Pasteur di Parigi, sotto la presidenza del professor Roux e la vice-presidenza del prof. Calmette.

Vi sono stati rappresentati 24 paesi e vi sono intervenuti oltre 60 delegati.

Un breve discorso del dott. Roux, unico collaboratore ancor vivente di Pasteur, ha aperto la conferenza, rievocando mirabilmente la grandiosa opera pasteuriana. È seguito un discorso del prof. Calmette nel quale è stato riassunto lo scopo della Conferenza e prospettato, in linee generali, lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla rabbia.

Sono state quindi costituite quattro Commissioni, corrispondenti ai quattro argomenti posti all'ordine del giorno.

1ª Commissione: *Natura del virus rabico;* relatore il dott. Marie. Presidenti i dottori Bordet (Francia) e Kraus (Austria).

2ª Commissione: *Accidenti della vaccinazione antirabica;* relatore il dott. Remlinger. Presidenti i dottori Mc. Kendrick (Inghilterra) e Bujdwich (Polonia).

3ª Commissione: *La vaccinazione antirabica dell'uomo;* relatore il dott. Marie. Presidenti i dottori Pfeiffer (Germania) e Zlatogoroff (Russia).

4ª Commissione: *La vaccinazione antirabica degli animali;* relatore il dott. Vallée. Presidenti i dottori Di Vestea (Italia) e Kitashima (Giappone).

Le quattro Commissioni hanno proseguito alacremente i lavori fino al 30 aprile, nel qual giorno vi è stata seduta plenaria di chiusura.

Le conclusioni adottate dalla Conferenza mostrano invero come molte questioni inerenti al problema della rabbia siano ancora molto oscure,

e come molti problemi pratici abbiano tuttora bisogno di ulteriori studi.

Così nessun nuovo concetto, e nessuna prevalenza di pareri si è manifestata a proposito della natura del virus rabico e della etiologia delle paralisi da vaccino.

Fra i molti metodi di vaccinazione umana, succedanei dell'originale metodo pasteuriano, sono stati particolarmente presi in considerazione i vaccini fenicati ed i vaccini eterizzati. La vaccinazione antirabica col virus fenicato morto è stata oggetto di prolungate discussioni; e, per quanto l'argomento non fosse all'ordine del giorno, ha destato molto interesse anche l'organizzazione dei Dispensarî antirabici, attuata per la prima volta dall'Istituto di Roma e già diffusa in Russia, in Polonia, a Cuba e nelle Indie Inglesi.

Anche la questione della pluralità del virus rabico, sollevata dal dott. Puntoni, è stata oggetto di particolare attenzione per parte della Conferenza, che ha raccomandato, nelle sue conclusioni, l'esecuzione di ricerche sperimentali in merito.

Sono stati inoltre stabiliti opportuni accordi allo scopo di unificare i criteri con i quali sono compilate le statistiche, e ciò per ottenere cifre e prospetti fra loro paragonabili.

Infine per ciò che riguarda le vaccinazioni animali, è stato raccomandato di sperimentare le vaccinazioni preventive del cane, le quali, per essere di pratica attuazione, dovranno essere eseguite, per quanto sia possibile, in un tempo unico.

Le vaccinazioni curative del cane sono state molto discusse, ed oggetto dei più diversi pareri, perchè molto diversa è, nei vari Paesi, la regolamentazione a questo riguardo. Vi sono Paesi nei quali è imposto senza eccezione l'abbattimento dei cani morsicati da animali sospetti, ed in tal caso è ovvio che la vaccinazione non può essere adottata. Vi sono invece altri Paesi nei quali, consentendosi che i cani morsicati, siano risparmiati (purchè tenuti in osservazione per 6 mesi) la vaccinazione può essere praticata.

Lasciando impregiudicata la questione per questi ultimi, la Conferenza ha fatto voto che un temperamento possa essere apportato nelle legislazioni sanitarie più severe, nel senso che i cani soltanto sospetti di esser stati contaminati (assenza di ferite manifeste) possano essere risparmiati e vaccinati.

La Conferenza ha pure raccomandato le vaccinazioni dei grossi erbivori contaminati.

***

L'Italia è stata rappresentata alla Conferenza da tre delegati ufficiali, i proff. Di Vestea, Finzi e Puntoni; sono inoltre intervenuti i proff. Fermi e Lumbau.

La delegazione italiana ha preso parte attiva ai lavori. Il prof. Di Vestea ha parlato sulla natura del virus rabico, sulla sua filtrabilità e sulla trasmissione per la via nervosa, ch'egli per primo ebbe a dimostrare, destando molto interesse.

Il prof. Finzi ha preso attiva parte ai lavori della 4ª Commissione, esprimendo autorevolmente i propri concetti e la propria esperienza in materia di vaccinazioni animali.

Il prof. Puntoni ha preso parte ai lavori delle quattro Commissioni, facendo comunicazioni sulla pluralità e sulle variazioni del virus rabico, sulla eliminazione gastro-enterica del virus rabico, sulle paralisi da vaccino a virus ucciso, sull'organizzazione dei Dispensarî antirabici, sulle vaccinazioni animali in genere e sull'autovaccinazione antirabica in particolare.

Inoltre ha rivendicato al Negri il merito di avere formulato su basi di osservazione la teoria protozoaria del virus rabico, e di aver proposto la prima denominazione che non dev'essere dimenticata: « Neuroryctes hidrophobiae ».

Anche il prof. Fermi ha preso parte ai lavori facendo una comunicazione sui vaccini fenicati, che, com'è noto, furono da lui introdotti per la prima volta nella pratica.

In complesso i rappresentanti italiani hanno avuto una eminente parte nella Conferenza, ed hanno fatto rilevare il notevole contributo apportato dall'Italia nelle questioni inerenti alla rabbia, riuscendo altresì a far valere metodi e studi italiani nelle conclusioni finali.

Al termine dei lavori delle Commissioni, e dopo l'approvazione delle conclusioni finali, il dottor Calmette ha pronunciato un discorso di chiusura.

La Conferenza è stata sciolta dopo un breve e commovente saluto del dott. Roux, cui risposero i rappresentanti dei principali paesi, e, per l'Italia, il prof. Di Vestea.

Ai convenuti è stata offerta una colazione al Trianon Palace a Versailles dall'Istituto Pasteur ed un pranzo al Palais d'Orsay dalla Società delle Nazioni. Sono stati visitati dai congressisti gl'impianti di Garges dell'Istituto Pasteur e la Scuola di Medicina Veterinaria di Alfort.

Oltremodo commovente è riuscita la visita alla tomba di Pasteur, sulla quale le delegazioni dei vari paesi hanno deposto fiori.

V. P.

Rammentiamo l'Interessante Monografia:

Dott. C. DRAGOTTI

LA PSICANALISI

Seconda edizione

accuratamente riveduta, ampliata e corredata del ritratto (in formato di mm. 90×135) di **S. Freud.**

Prefazione del **Prof. Sante De Sanctis**
Direttore dell'Istituto di Psicologia Sperimentale della R. Università di Roma.

Un volume di pagg. VIII-96, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **14** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **12,75**, in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

NOTIZIE DIVERSE.

Il discorso del Duce alla Camera.

Il discorso pronunziato dal primo Ministro alla Camera dei Deputati nella seduta del 26 maggio avrà larghissima eco all'interno ed all'Estero.

Noi vogliamo sottolineare soltanto la parte cospicua che il grande uomo di Stato ha fatto ai servizi igienico-sanitari ed all'integrità fisica del popolo nel determinare ed assicurare l'efficienza della Nazione. « È evidente, egli ha detto, che in uno Stato bene ordinato la cura della salute fisica del popolo dev'essere al primo posto ». I nostri uomini Politici non avevano mai avuto una così netta e precisa visione del còmpito che spetta alla medicina ed all'igiene sull'economia generale di un Popolo e noi stimiamo doveroso di segnalare l'impostazione di questo problema essenziale nelle opere del regime e nella parola del Duce.

Congresso Internazionale di Idrologia, Climatologia e Geologia medica.

Si radunerà a Lione dal 5 al 9 ottobre 1927. Avrà tre Sezioni:

1) *Idrologia*, sotto la presidenza dei proff. Pinilla e Sellier. Vi saranno svolte le seguenti relazioni: « Equilibrio acido-base e terapia idrominerale », relatori Gienard, Mathieu de Fossey e E. Manceau; « Ginecologia medica e cure idrominerali », relatori David, Mace de Lepinay, Magrez, Pierra; « Le basi patogeniche delle cure idrominerali in ginecologia », relatore G. Cotte; « Torio e cure idrominerali », relatori Cluzet e Chevallier.

2) *Climatologia*: presidenti proff. Ceresole e Chassevant. Vi saranno svolte le seguenti relazioni: « Radio-attività dell'atmosfera e sua azione in climatologia », relatori Pech, Lepape; « Il simpatico in climatologia », relatori Laignel-Lavastine e Sardou.

3) *Geologia e organizzazione scientifica delle stazioni di cura*: presidenti proff. Deperet e Mayet. Vi saranno svolte le seguenti relazioni: « L'origine geologica delle acque minerali radio-attive », relatore Pierre Urbain; « L'ordinamento scientifico d'una stazione idrominerale radio-attiva », relatori Milhaud, Piery e Pierre Urbain.

Al Congresso sarà annessa una Esposizione internazionale delle stazioni idrominerali, climatiche e marine. Per dettagli e informazioni rivolgersi al prof. Ceresole, Ospedale Civile - Venezia.

Congresso di sessuologia ed eugenica a Montecatini.

A complemento delle notizie riportate nel fascicolo n. 21 su questo importante Congresso, che offre tanti vantaggi ai soci della *Società italiana per lo studio delle questioni sessuali ed eugeniche*, per la gentile ospitalità della Società delle Terme, rendiamo noto che le signore dei soci possono intervenire, venendo considerate come soci e godendo tutti i vantaggi a questi offerti (alloggio, pranzo, ricevimenti, ecc.); esse dovranno quindi pagare la sola quota d'iscrizione di L. 10 e quella alle eventuali gite preannunziate. Per le modalità si veda la notizia pubblicata nel numero suddetto.

Congresso di medicina legale.

Nel corso dell'anno si adunerà a Lione il 12° Congresso di medicina legale di lingua francese, sotto la presidenza del prof. Etienne Martin. Per adesioni e informazioni rivolgersi al segretario, M. Mazel, 54 avenue de Noailles, Lyon.

Sezione siculo-calabrese della Società Italiana di Pediatria.

Si è costituita in Messina la Sezione Siculo-Calabrese della Società Italiana di Pediatria per iniziativa del prof. Cannata, direttore di quella Clinica Pediatrica e presidente della Federazione Provinciale dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia. Possono appartenervi i soci della Società Italiana di Pediatria ed i medici cultori delle discipline pediatriche. L'attività della Sezione si esplicherà con riunioni periodiche che saranno tenute a Messina e a Reggio Calabria.

La Croce Rossa Italiana nell'Albania terremotata.

Dopo cinque mesi di permanenza nelle regioni colpite dal terremoto del 17 dicembre scorso, la missione della Croce Rossa Italiana si appresta a lasciare l'Albania.

La missione, diretta dal capitano Bonfigli, che aveva ai suoi ordini due ufficiali medici e una quarantina d'uomini — 30 tra infermieri e inservienti e 10 specializzati per la demolizione, il puntellamento e la riparazione degli edifizi pericolanti — sbarcò a Durazzo il 20 dicembre, tre giorni dopo, cioè, il movimento sismico, si pose subito al lavoro, impiantando negli abitati di Durazzo, Sciak, Cavaja e Ndoca 95 tende e due ambulatori medico-chirurgici e provvedendo alla sistemazione provvisoria delle famiglie costrette ad abbandonare le case sotto il pauroso incalzare delle scosse.

Le popolazioni sono accorse ai nostri ambulatori e ai dispensari di viveri e medicinali, hanno provato la disinteressata premura dei nostri sanitari ed è per questo che hanno fatto pressione sulle loro autorità perchè la nostra missione si trattenesse il più a lungo possibile.

In complesso sono stati ricoverati oltre duemila individui, distribuite duemila coperte di lana, elargiti sussidi, dispensati gratuitamente medicine e alimenti.

Il Presidente della Repubblica, gratissimo per l'aiuto recato dalla Croce Rossa, ha personalmente decorato il capo della missione ed ha fatto consegnare dalla sorella — che è presidente della Croce Rossa Albanese — le decorazioni agli altri ufficiali italiani.

Su richiesta delle autorità, gli ambulatori resteranno aperti ancora per qualche tempo e per gen-

tile concessione un notevole numero di tende sarà donato alla signorina Zogu perchè le destini alla Croce Rossa Albanese.

Le opere assistenziali alle dipendenze della C. R.

L'Ufficio Stampa del Partito Nazionale Fascista comunica:

« Il Segretario Generale del Partito Fascista in seguito alla nomina di un Commissario del Governo Fascista alla Croce Rossa, esaminata la situazione delle opere di assistenza sanitaria e della preparazione delle donne fasciste alla pratica infermieristica, ha deliberato (presi gli opportuni accordi col comm. Pio Marta, R. Commissario della Croce Rossa Italiana), che tutte le attività sopra esposte siano di esclusiva competenza della Croce Rossa.

A tale scopo il R. Commissario darà le opportune disposizioni per la immediata collaborazione e per la eventuale fusione.

Le Delegate provinciali dei Fasci Femminili riceveranno istruzioni in proposito ».

La " Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali ".

La Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali — proseguendo nello svolgimento del suo programma di assistenza sanitaria per la prevenzione dell'invalidità al lavoro nei propri inscritti — apre quest'anno le seguenti Stazioni di cura:

Battaglia Terme in prossimità di Abano (cure di fanghi e bagni a vapore in grotta);

Salsomaggiore in prov. di Parma (cure salsoiodiche);

Sirmione sul lago di Garda (bagni termali e bagni di lago);

Pelestrina nella laguna di Venezia (bagni di mare e cura d'aria salsoiodica);

Castellammare di Stabia nel Golfo di Napoli (cure termali e marine).

Dette Stazioni resteranno aperte a tutto il mese di ottobre e i curandi vi si succederanno a periodi quindicinali.

Sono aperte le inscrizioni alle Stazioni di Battaglia e Salsomaggiore.

Per informazioni e schiarimenti, rivolgersi alla sede provinciale della Cassa Nazionale, in Corso Italia, 45 - Roma.

Opera per la protezione maternità e infanzia.

L'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, continuando la sua efficace opera di assistenza, nel mese di aprile ha sovvenzionato con L. 537,400, istituti di assistenza e ricovero per le madri e i fanciulli.

L'Istituto " Carlo Forlanini " a Pavia.

Il Comune di Pavia ha aperto e allestito completamente un Tubercolosario dedicato alla memoria del prof. Forlanini. Occupa l'edificio in cui era ospitato il Ricovero di Mendicità e che prima era il Convento delle Convertite. Dell'adattamento fu incaricato dalla Congregazione di Carità il dott. Maffei; direttore onorario fu nominato l'on. prof. Morelli; vice direttore il dott. Ricci.

Dell'Istituto fanno parte un gabinetto per ricerche, un impianto radiologico completo, ecc.

I posti disponibili che in origine dovevano essere 50 furono portati a 70 e presto si potrà aumentarli a 100.

Per rallegrare i ricoverati fu provveduto, per iniziativa di molte dame pavesi e per pubblica sottoscrizione, un impianto radiotelefonico ricevente, e una società musicale ogni tanto si reca nella sala apposita a rallegrare quegli infelici con qualche concerto.

All'Ospedale Psichiatrico di Napoli.

La Commissione Reale per l'Amministrazione Provinciale di Napoli, presieduta dal duca Niutta, su proposta del prof. Saporito, ha approvato ad unanimità un voto di plauso all'indirizzo del prof. Sciuti, che da un triennio dirige l'Ospedale Psichiatrico di Napoli a Capodichino, apportandovi miglioramenti e trasformazioni radicali. La Commissione al completo si recò all'Ospedale Psichiatrico per presentare il voto, e fece oggetto di attento esame la riorganizzazione dei servizi, specialmente i reparti di lavoro: confezione degli oggetti di vestiario e biancheria, lavorazione del cuoio, del legno ecc., tipografia, banda musicale ecc. Efficaci parole di plauso furono pronunziate dal duca di Niutta.

Beneficenza.

La compianta Isabella di Valmarana Canerini, di Ferrara, gentildonna già conosciuta per il suo spirito benefico, ha destinato, con sua disposizione testamentaria, un lascito di L. 160,000 a favore del Consorzio provinciale antitubercolare di Ferrara, e il conte dott. Luigi di Valmarana ha, allo stesso ente, donato L. 140,000 in modo da raggiungere la complessiva somma di L. 300,000, di cui metà dovrà servire per l'erigendo Dispensario provinciale antitubercolare.

A mezzo del prof. sen. Bellam Pescarolo, un industriale piemontese che desidera conservare l'anonimo, ha fatto pervenire al presidente dell'Ospedale Maggiore di San Giovanni della città di Torino L. 250,000 in Prestito del Littorio a vantaggio del « Centro ospitaliero di studio, diagnosi e terapia dei tumori ».

Nella stampa sanitaria.

Il commissario governativo dell'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, prof. Paolo Medolaghi, cedendo alle insistenti richieste del prof. Ettore Levi lo ha esonerato, per motivi di salute, dalla direzione del periodico « Difesa Sociale », che è organo dell'Istituto, e l'ha affidata con savio accorgimenti al dott. Augusto Carelli.

Il Levi seppe concepire e realizzare l'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, che

ha assunto un poderoso sviluppo ed è destinato ad avere parte nella rigenerazione igienica del nostro Paese. Egli ha dovuto rinunziare successivamente alla direzione dell'Istituto e a quella del periodico che n'è emanazione.

A lui vadano gli auguri sentiti di ricuperare presto la pienezza della salute e dell'attività operosa. Alle sue creazioni, che costituiscono per lui un titolo di benemerenza, auspichiamo rinnovate fortune.

Ha iniziato le pubblicazioni la « Revista Argentina de Neurología, Psichiatría y Medicina Legal », a periodicità bimestrale, diretta da H. Fernández e A. Ameghino. Essa intende rispecchiare e favorire lo sviluppo degli studi positivi nei tre campi della medicina cui è consacrata e diffonderli tra i medici generali. Il 1° fascicolo, ricco di 136 pagine in bella stampa, ben nutrita, accoglie sei lavori originali e le rubriche di Giurisprudenza medico-legale, Varia, Bibliografia, Notiziario.

L'abbonamento all'estero importa 1 sterlina. Indirizzo: Casilla Correo 232, Buenos Aires.

Auguri cordiali.

Una simpatica cerimonia.

Il 14 maggio nel Laboratorio di fisiologia della R. Università di Siena, in occasione dell'ultima lezione tenutavi dall'illustre prof. Baldovino Bocci, che ha per limiti di età abbandonato l'insegnamento, si è svolta una semplice ma austera cerimonia che ha profondamente commosso Maestro e alunni nel sincero slancio di affetto che li legava. Una lapide ricordante l'attività dello scienziato a vantaggio del detto Istituto fu scoperta a sua insaputa nella sala della biblioteca dove aveva trascorso tanti anni nello studio indefesso. Terminata la lezione si erano quivi raccolti numerosi studenti e laureati per fare omaggio all'uomo che tutto sè stesso aveva dedicato in un lungo periodo di anni all'insegnamento non sterilmente limitato alla sola conquista del vero ma anche ad una vera educazione morale e patriottica.

Alle brevi sentite parole dell'Aiuto rispose commosso ringraziando il venerato Maestro che si affermò sempre giovane nell'attività del pensiero in mezzo a tanti che lo erano per età ed energie fisiche, terminando con l'augurio alle più grandi glorie della Patria sotto la guida dell'amato Duce che in questi giovani troverà le più sane energie ricostruttrici della nuova Italia.

Per il prof. Carducci.

Il prof. Agostino Carducci, direttore dell'VIII Padiglione al Policlinico, ha chiuso il corso di perfezionamento per medici ospedalieri con una brillante lezione sul tema: « Stenosi mitralica muta od afona ». In tale occasione i medici ospedalieri hanno offerto al maestro un'artistica anfora con una bella « corbeille » di fiori. A nome dei colleghi ha parlato il dott. Ciarrocchi. Profondamente commosso ha risposto il prof. Carducci.

Conferenza del prof. P. Piccinini sulla Idrologia italiana.

Il 22 maggio, nell'Aula Mangiagalli degl'Istituti Clinici di Milano, il prof. P. Piccinini tenne una conferenza sul tema: « Quanto si è fatto e quanto resta a farsi per l'idrologia italiana ».

Tale conferenza (che chiudeva il corso di idrologia e crenoterapia) era sotto gli auspici del Comitato organizzatore del XVIII Congresso Nazionale Idrologico.

La coltivazione della soja in Italia.

Si è riunito presso la sede di Roma dell'Istituto Nazionale di genetica per la cerealicoltura il Comitato designato dal Capo del Governo per gli studi del problema della soja in Italia. Il Comitato nell'atto di insediarsi ha rivolto un deferente omaggio all'on. Mussolini, quindi il sen. Raineri ha precisato i còmpiti e le attribuzioni del Comitato quali derivano sia dalle direttive suggerite dal Capo del Governo, sia dalla natura dell'Istituto.

Gli intervenuti hanno preso atto dei lavori e dei risultati già ottenuti con la coltivazione della soja. Il Comitato affinchè gli agricoltori non siano indotti a ingiustificati o prematuri giudizi, ha stabilito che, a cura dell'Istituto di genetica, nei propri terreni e presso un certo numero di agricoltori siano condotte culture sperimentali di soja controllate dall'Istituto stesso. Ha pure stabilito di interessare le cattedre ambulanti di agricoltura e altri istituti agrari idonei all'impostazione nazionale del problema per quell'opera di propaganda e di dimostrazione pratica che le soluzioni del problema stesso rendono necessarie, al fine di raggiungere rapidamente quei risultati che tecnicamente ed economicamente si prospettano fin d'ora come conseguibili nell'interesse dell'economia nazionale.

Crociera di " Bruxelles-Médical ".

La « croisière de grandes vacances » avrà luogo a partire dal 10 agosto e per la durata di 20 giorni, seguendo l'itinerario: Le Havre, Lisbona, Bordeaux, Tangeri, Algeri, Baleari, Barcellona, Marsiglia; sono state organizzate escursioni e gite sotto il controllo delle autorità sanitarie locali. La crociera si farà sulla nave « Cap-Lay », di 15 mila tonnellate, lussuosa e moderna. Prezzo (prima classe) da 2000 franchi francesi in sopra; nel prezzo sono compresi i pasti e l'alloggio agli scali, le tasse di soggiorno, il vino. Sono ammessi: i medici, gli studenti in medicina, le loro famiglie e, in caso di disponibilità, persone avvallate da un membro della famiglia medica. Preghiera iscriversi al più presto alla: Section de Voyages de « Bruxelles-Médical », 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles (Belgio); indirizzo telegrafico: Belgfranav.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Diego Maschio, medico condotto di Caprino Veronese, ha urtato con la sua motocicletta contro un'automobile in piena corsa fratturandosi il cranio.

Il dott. De Sebastianis investiva, presso Chieti, con la propria automobile un autobus di servizio pubblico, riportando la frattura della base del cranio.

Eccesso di studenti medici in Francia.

L'esuberanza di studenti nelle facoltà mediche della Francia comincia a preoccupare gravemente. In quest'anno si contano, in cifra tonda, 5000 studenti nella Facoltà di Parigi e 3800 nelle altre Facoltà della Francia: essi sono destinati ad aggravare l'attuale pletora di medici, che si fa sentire sovratutto a Parigi, mentre nelle campagne si lamenta deficienza di medici.

Il prof. Houssay crede che non convenga di rendere più difficile il rilascio dei diplomi, per non creare una forte percentuale di spostati; il rimedio più efficace consisterebbe nel limitare le ammissioni. Il prof. Roger crede che convenga illuminare il pubblico sulle difficili condizioni in cui oggi si svolge la professione, a torto considerata come lucrativa. Egli lamenta anche la tendenza delle giovani generazioni di medici a realizzare al più presto dei guadagni, col risultato che la preparazione rimane spesso affrettata e incompleta e che non si trova più personale assistente per le cattedre scientifiche. Le difficoltà sono aggravate dai numerosi studenti stranieri, i quali una volta conseguito il diploma non dovrebbero essere autorizzati ad esercitare in Francia, ma finiscono per essere dei concorrenti ai medici nazionali.

Il regime secco e i medici negli Stati Uniti.

Il numero di prescrizioni per liquori, rilasciate da medici negli Stati Uniti, è sceso da 13.463.000 nel 1925 a 12.886.000 nel 1926, in seguito all'azione svolta per rendere più rigoroso il regime secco.

I fornai inglesi e il pane bianco.

In seguito all'attiva campagna condotta da A. Lane a favore del pane grigio, l'Associazione Nazionale dei fornai dell'Inghilterra e Irlanda ha diramato un questionario a medici e igienisti, perchè esprimano il loro parere motivato sulla preferenza da accordare al pane bianco od al pane grigio.

Per un medico italiano morto in Argentina.

Ad onorare la memoria del cav. dott. Pietro Giraldi, morto nel 1923 in Rosario di Santa Fè (Argentina), il cav. Achille Salzano, Direttore del « Piccolo Marittimo », ha costituito un comitato per apporre una lapide sulla facciata dell'abitazione del defunto, il quale portò per lunghissimi anni, oltre l'Oceano, con la gentilezza latina, la scienza medico-chirurgica.

Pietro Giraldi fu valoroso medico della R. Marina. Stabilitosi più tardi in Rosario di Santa Fè, fu fondatore e Direttore di quell'« Ospedale Garibaldi », medico di quel « Municipio » e direttore del « Lazzaretto » durante le diverse epidemie, dando prova di grande altruismo e di encomiato valore professionale. Per suo mezzo migliaia e migliaia d'italiani trovarono il conforto e la sanità del corpo.

Morte sotto anestesia.

Un caso impressionante di morte durante l'anestesia è segnalato in Inghilterra: l'anestesia veniva compiuta da un medico militare del Servizio Indiano, sul proprio fratello, quando il cuore dell'operando si arrestava all'improvviso. I tentativi di rianimazione rimasero inutili. Una perizia giudiziaria ha dimostrato che l'anestesia era condotta in modo assolutamente ineccepibile e il giudice istruttore ha concluso per una « morte da disgrazia », attribuita a shock neuro-psichico.

Azione giudiziaria contro un chirurgo.

Al Tribunale di Liverpool si è svolto un processo giudiziario intentato da una paziente contro un chirurgo del « Samaritan Hospital for Women », perchè questi, durante un esame urologico d'urgenza, praticato sotto anestesia, aveva deciso di compiere il drenaggio della vescica mediante cistostomia soprapubica, così da evitare un secondo intervento sotto anestesia; dopo cinque settimane si rese necessaria l'asportazione di un rene idronefrotico. Il chirurgo aveva trascurato di farsi rilasciare, per il primo di questi interventi, una autorizzazione scritta, come prescrive la legge inglese; d'onde l'azione giudiziaria, intentata a un anno di distanza dalla guarigione. Nel processo la paziente riconobbe che l'esito era stato ottimo e dichiarò che probabilmente la sua vita era stata salvata dall'intervento non autorizzato; la perizia sanzionò la condotta dell'irreprensibile chirurgo, il quale, però, è stato condannato alle spese del processo, per ragioni di principio!

" Pro Medico ".

Questo Ufficio d'informazioni tecnico-scientifiche si propone lo scambio intellettuale tra l'Italia e gli altri Paesi nel campo medico e in particolare la diffusione all'Estero della produzione medica italiana e in Italia di quella straniera. Per adesioni e programmi rivolgersi al direttore, dott. Emilio de Mattia, via Lamarmora 62 (Casella postale 325) - Torino.

Un'inchiesta.

Il dott. prof. Eugenio Casati si occupa del problema degli stranieri ricoverati negli ospedali. Egli sarebbe grato ai direttori di Ospedali se volessero comunicargli il numero dei forestieri ammessi durante l'ultimo quinquennio, di quanti non si è potuto ottenere il rimborso e quale è stata la quota giornaliera. Indirizzo: via Palestro 33 - Ferrara.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal A. M. A., 18 dic. — J. Rawson Pennington. Le emorroidi. — H. M. Marvin. I diuretici xantinici nell'insuffic. cardiaca congestiva.

Paris Méd., 1 gen. — Numero sulla tbc.

Acta Med. Scand., I-II. — H. A. Salvesen. Proteine plasmatiche in soggetti normali. — V. Bie. Il vaccino antistafilococcico nelle febbri tifoidi e paratifoidi. — E. Lundberg e al. Proteinoterapia parenterale nel diabete.

Chir. d. Org. d. Mov., dic. — M. Bufalini. Sindromi paralitiche tardive in individui affetti da spina bifida occulta. — F. Virgillo. Tbc. primitiva della borsa intertendinea dell'olecrano.

Ann. d'Ig., dic. — C. Enrico. Resistenza al calore delle agglutinine antibang e antimelitense.

Lancet, 8 gen. — G. R. Murray. L'adattabilità nelle malattie.

Bull. Ac. de Méd., 28 dic. — Camus. Vaccinazioni e ri- in Francia e nelle Colonie francesi. (Discuss.).

Münch. Med. Woch., 7 gen. — Veil. Basi generali dei nuovi punti di vista in terapia. — Moog e Voi. Le ipertonie giovanili.

Deut. Med. Woch., 7 gen. — Hoffmann e Arnuzzi. Le spirochete sifilitiche salvarsan-resistenti. — Casper. Regressione di tumori maligni.

Journal A. M. A., 25 dic. — F. A. Stevens e A. R. Dochez. Epidemiologia delle angine scarlattinose senza esantema. — R. Tunnicliff e A. L. Hoyne. Prevenzione del morbillo con siero immune di capra. W. Walters. L'ittero da ostruz.

Ann. Inst. Pasteur, dic. — C. Levaditi e al. Ricerche nella rabbia.

Arch. de Med., Cir., ecc., 8 gen. — L. Recasens. Patogenesi degli edemi in gravid.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero di chirurgia cardio-vascol.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 9 gen. — G. B. Sigurtà. Calcolosi ren. senza dolore.

Rev. de Méd., n. 6. — F. Tremolières e al. Le periviscerititi addominali.

Deut. Med. Woch., 14 gen. — Sachs. Questioni serologiche nella proteinoterapia. — Zweig. La questione delle coliche.

Riforma Med., 3 gen. — G. Izar. Come si classifica e come si sorveglia un diabetico.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 gen. — G. de M. Rudelf e J. C. Ramsay. Numeraz. dei parassiti nella malaria terapeutica.

Gaz. d. Hôp., 15 gen. — M. Auvray. L'apoplessia traumat. tardiva.

Arch. Méd.-Chir. App. respir., 4. — F. Parodie. Fenom. di Kienboock e spostamenti del mediastino. — A. Gutmann. Il falso pneumotorace d'orig. digestiva. — J. Quénn. Ernie diaframmatiche.

Arch. de Med., Cir., ecc., 15 gen. — J. Segonà. La costituzione in chirurgia.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., nov. — R. Condamin. La douglassite.

Brit. Med. Journ., 15 gen. — H. Rolleston. Cambiamenti negli aspetti clinici delle malattie.

Quaderni di Psich., nov.-dic. — M. Kobylinsky. Caratterologia.

Presse Méd., 15 gen. — A. Desgrez e al. L'insulina può guarire il diabete?

Prensa Méd.-Argent., 20 dic. — M. Miranda Gallino. Danza ileale.

Journal A. M. A., 1 gen. — C. F. Craig. Portatori di Entamoeba histolytica. — F. I. Wertheimer. Costituzione e apprezzamento precoce di fatti morbosi. — A. F. Hess e al. Fattori antirachitici nel latte di donne irradiate.

Giorn. Ital. Dermat. e Sifilol., dic. — L. Marchisio. Fagedenismo terziario. — A. Di Vittorio. Terapia vaccinale dell'ulcera venerea. — P. G. Castellino. Autovaccino polimicrobico della blenorragia.

Riv. di Cl. Med., 15 dic. — G. Garin. Lambliosi intestinale ed anemia. — Morgagni, G. Boeri. Concetti generali moderni sulla tbc.

Lancet, 29 gen. — B. Moynihau. Il cancro e come combatterlo. — J. S. Fairbaim. L'aborto.

Brit. Med. Journ., 29 gen. — G. Keynes. Trattam. moderno dell'ernia.

Rev. Med. de Barcel., dic. — J. Aris. Le pseudoemottisi.

Bull. Méd., 26-29 gen. — Numero sul fegato e l'apparato diger.

Deut. Med. Woch., 28 gen. — Bettmann. Aneurismi capillari. — Bieling. Iponutrizione e infezione.

Journ. Am. Med. Ass., 15 gen. — R. A. Hennessey. Leucoplachia della vescica. — S. Strouse e H. J. Binswanger. Sindrome d'ipertiroidismo senza aumento del metabolismo.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 gen. — M. Ascoli e E. Sanfilippo. Immunizzaz. della capra contro la febbre ondulante.

Rivista di Malariologia

Periodico bimestrale diretto dal prof. sen. **G. Sanarelli**, con la cooperazione d'insigni studiosi. Redattore-capo: Dott. **L. Verney**.

SOMMARIO del fasc. 2 (1927), in corso di pubblicazione:

Contributi originali: L. W. HACKETT e A. MISSIROLI: La regressione spontanea della malaria in alcune regioni d'Italia (con 4 fig. e 2 grafiche). — G. PECORI e G. ESCALAR: Relazione sulla campagna antimalarica del Governatorato di Roma nel 1926 (con 1 tavola e 1 grafica). — D. OTTOLENGHI, G. BROTZU, L. LA FACE, D. BRIGHENTI, L. ROBUSCHI: Intorno all'azione esercitata dalle bonifiche sull'endemia malarica del Ferrarese (con 4 carte, 4 figure e 2 grafiche). — D. FALLERONI: Per la soluzione del problema malarico italiano. — J. FERRAN: Tentativas de inmunisación contra el paludismo mediante una vacuna anti-anofélica. — A. ANTONELLI: La plasmochina nella cura dell'infezione malarica. — V. VALLE: Osservazioni e proposte per il risanamento delle cave di prestito in terreni adiacenti alle fornaci di laterizi. — **Recensioni**. — **Note d'attualità**. — **Notizie**. — **Resoconti**.

Abbonamento annuo alla «Rivista di Malariologia»: Italia L. **40**, Estero L. **75**; per i nostri abbonati L. **35** e **65** rispettivamente; un numero separato, Italia L. **10**, Estero L. **15**. — Inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI, via Sistina 14 - Roma.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI
Redattore-capo: prof. **CESARE PEZZI**

Il fascicolo 5 (Maggio 1927) contiene:

Lavori originali: I. - F. CASTELLOTTI: Variazioni sfigmografiche del polso radiale e modificazioni capillaroscopiche, per stimolazione elettrica del plesso nervoso. — II. - A. ROSSI e V. CHINI: Appunti di elettrocardiologia: VIII. Intorno ad alcune alterazioni del complesso ventricolare.

Riviste sintetiche: C. I. ROTHBERGER: Sulla patogenesi dell'extrasistolia.

Rassegne, Riviste e Congressi: **Clinica**: La forma parossistica della Sindrome di Morgagni-Adams-Stokes. — Un curioso caso di dilatazione acuta riflessa di cuore. — Clinica delle extrasistoli. — Stenosi mitralica e gravidanza. — **Fisiopatologia**: Ricerche comparative sul comportamento della pressione locale nel territorio che lavora nei soggetti sani, negli arteriosclerotici e negli ipertesi senza arteriosclerosi. — A proposito della sindrome di Adams-Stokes. Critica della nuova teoria dei cardio-nettori indipendenti.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**; Un numero separato L. **5**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922 1923, del periodico «Le Malattie del cuore», nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

A RICHIESTA SI INVIA NUMERO DI SAGGIO

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto, ROMA.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il fascicolo 6 (Giugno 1927) contiene:

Esperimenti e saggi: G. ZANNI: Su alcuni fenomeni vasomotori indotti dal labirinto auricolare.

Anatomia patologica: F. CARNEVALE-RICCI: Laringite luetica e cordite cancerigna iniziale.

Note di tecnica clinica: G. TONI: L'iniezione intracardiaca di adrenalina nei casi di morte da asfissia per stenosi acuta della laringe.

Osservazioni di clinica: G. COVILI-FAGGIOLI: Contributo allo studio dei tumori benigni delle tonsille palatine.

Ricerche di laboratorio: S. ROMANO: Osservazioni sulla tuba eustachiana, con speciale riguardo alla tasca gutturale degli equini.

Recensioni: Gli effetti delle lesioni bilaterali dei nuclei cerebellari nell'asportazione emilaterale del cervelletto. — Ancora sui rapporti cerebello-vestibolari. — Contributo alla sintomatologia delle lesioni cerebellari. — Ascesso cerebellare otitico a sede insolita. — Contributo allo studio delle calcificazioni circoscritte del cervelletto. — Agenesia totale del cervelletto. — Contributo alla conoscenza della sintomatologia delle lesioni del sistema cerebellare: il sintoma delle «asimmetrie primitive di posizione». — Tumore ponto-cerebellare d'origine traumatica? — Il craniotomo Codivilla. — Tre casi di ascesso extradurale di origine otitica con presentazione dei pazienti operati.

La nota storica: G. BILANCIONI: Demetrio Bargellini.

Notizie e questioni.

Abbonamento annuo: Italia L. **35**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **5**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **28**; Estero L. **45**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate 1925 e 1926 del periodico stesso, per sole L. **45** se in Italia e per sole L. **70** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio

Inviare Vaglia postale al Sig. LUIGI POZZI — Via Sistina, 14, *aggiungendo*: per l'Ufficio postale Succursale diciotto. ROMA.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprieta riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier — V. ASCOLI, Red. resp.

Rammentiamo ai nostri abbonati la seguente interessantissima pubblicazione:

Dott. Prof. BERNARDINO MASCI, della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma

Tecnica Terapeutica Ragionata, Medica e Chirurgica

con prefazione del Prof. AGOSTINO CARDUCCI
Medico-primario e v. direttore sanitario del Policlinico Umberto I, in Roma

Riportiamo qualcuno dei tanti giudizî espressi dalla Stampa medica Ital. sul libro del prof. Masci.

« Mancava in Italia un manuale di tecnica che racchiudesse in poche pagine quanto oggi è noto « nel campo della medicina e della chirurgia e tale mancanza costituiva un vero bisogno da parte del « giovane professionista e del medico già provetto.

« Ora a colmare, come suol dirsi, la lacuna, l'A. pubblica il suo volume di « Tecnica » destinato a « guidare soprattutto nei primi passi chi è all'inizio della sua carriera professionale e nel contempo a « porgere ai provetti esercenti l'occasione di venire a conoscenza dei più recenti metodi di cura e dei « più moderni procedimenti di tecnica, in uso nelle grandi Cliniche e nelle sale Ospedaliere.

« Non occorre, certo, dire che non poche volte, dopo di aver fatto una giusta diagnosi, massime « quando si combattono le prime armi professionali, si rimane indecisi sulla scelta del metodo di cura « o sul suggerire un appropriato regime dietetico. Il vasto corredo di nozioni e di teorie, che si hanno « intorno alla genesi di un processo morboso o sulle cause che determinano un particolare sintoma, a « nulla valgono quando, al letto dell'ammalato, non si sa adattare un apparecchio di contenzione o quando « non si sa giustamente praticare una iniezione di un siero o di un vaccino. Si aggiunga a tutto questo « che non raramente alle tante domande rivolte al medico o dall'infermo o dalla sua famiglia, si rimane « indecisi nella risposta, non potendo sicuramente dire se, a es., giova oppur non portarsi in questa « oppur quell'altra stazione climatica, se è opportuno oppure no ricorrere a questo o a quell'altro « metodo di cura.

« Lo scopo che si è prefisso l'A. a me sembra interamente raggiunto. Leggendo il libro del Masci « io vi ho trovato riportate le antiche applicazioni terapeutiche e quelle più recenti, suggerite dalla « terapia fisica, e questo, naturalmente, è di non poca utilità non solo per il medico giovane, ma ancora « per quello che ha già una certa pratica professionale.

« La vasta e complessa materia trattata dall'A. è divisa in ben 27 capitoli, dei quali ognuno tratta « di un argomento speciale. I singoli argomenti sono trattati non solo con scrupolosa esattezza, ma ven- « gono completati da nozioni che invano si cercherebbero in trattati similari, poichè rappresentano il « frutto della personale esperienza, acquistata dall'A. durante il suo lungo periodo di esercizio medico « prestato negli ospedali.

« Il volume, che è edito dalla Casa Pozzi di Roma, e che fa parte della Collana « Manuali del Po- « liclinico », nulla lascia a desiderare anche dal punto di vista tipografico. Le numerose incisioni, che « vi si trovano intercalate, completano i pregi della pubblicazione ».

Rippa.

(Dalla *Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia* di Napoli, Anno VI, N. 4).

« Riteniamo che questo libro risponda ad una vera e sentita necessità di quanti si iniziano all'arte « pratica del guarire: in vano si ricercava fin oggi una sobria ma completa esposizione della manua- « lità che la professione del medico richiedono ad ogni passo. In questo libro si può dire che nulla « v'è di trascurato o di omesso: dalla tecnica delle iniezioni ipodermiche a quella del lavaggio gastrico, « dalle norme per le fasciature a quella per gli apparecchi ortopedici, e via dicendo. E non solo in « forma chiara e aiutata da espressive illustrazioni, ma anche con la guida di un giusto spirito critico « che sa discernere e vagliare fra i molteplici espedienti. Crediamo di essere facili profeti dichiarando « che questo manuale incontrerà pienamente il favore d'una vasta cerchia del personale sanitario ».

Ponticaccia.

(Dal *Giornale di Clinica Medica* di Parma, Fasc. V, Anno VI).

« Questo bel volume, che per eleganza di stile e semplicità tipografica supera le edizioni di cui le « grandi case parigine invadono il mondo, è davvero degno di stare nella raccolta di ogni medico colto.

« È una specie di piccola enciclopedia di terapia medico-chirurgica in cui ognuno può riscontrarvi « la notizia che gli occorre rapidamente e chiaramente...

« L'assistenza, l'igiene e l'alimentazione del malato riempiono i primi capitoli, cui seguono i varii « medicamenti galenici, le cure fisiche (crenoterapia, climatoterapia, ecc.) l'elettro- e la psico-terapia.

« In una serie di capitoli successivi che potrebbero formare una parte speciale, le varie terapeu- « tiche descritte dal punto di vista generale, vengono applicate per ogni singolo apparato, sistema, « organo, non esclusa la tecnica terapeutica pediatrica.

« Seguono tre capitoli sulle cure pre- e post-operatorie, e sulla tecnica delle medicature e fascia- « ture che completano il libro, nel quale un accurato indice alfabetico permette di riscontrarvi rapi- « damente l'argomento che occorre ».

(Da *Rinascenza Medica* di Napoli, Anno II, N. 12).

Un volume di pagg. VIII-845 (N. 18 della Collana Manuali del « Policlinico ») nitidamente stampato su carta semipatinata ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.

In commercio L. **78** più le spese di spedizione postale. Agli abbonati del « Policlinico » in Italia l'opera è ceduta per sole L. **72** in porto franco. Per l'Estero aumentare il 10 % per le superiori spese postali.

Inviare Vaglia Postale o Cheque Bancario all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

Pubblicazioni a disposizione dei Signori Abbonati al "Policlinico,,:

Prof. FRANCESCO SCHIASSI.

La malaria e le sue forme atipiche

PARASSITOLOGIA - CLINICA - TERAPIA.

Un volume in-8° di pagg. xx-424, con figure e grafiche intercalate nel testo e con 3 tavole a colori fuori testo. In commercio L. 40, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 37.75 in porto franco.

Dott. AUGUSTO FIORENTINI
degli Ospedali Riuniti e già interno nella R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma.

La malaria nei bambini

Un volume in-8° di pagg. 129, nitidamente stampato, in buona carta prezzo L. 12. Per i nostri abbonati L. 10.75.

Prof. dott. C. P. GOGGIA
Docente di Patologia Medica nella R. Università di Genova

Quesiti di Diagnostica e di Clinica Medica
ad uso degli studenti e dei medici pratici.

Risposte sommarie ai più frequenti quesiti di Semeiologia e Diagnostica medica che si presentano nella pratica giornaliera al letto degli ammalati.

(Seconda edizione riveduta ed ampliata).

Un volume n-16, di pag. X-540, con 84 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio L. 28 più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. 27.40 franco di porto.

Prof. dott. C. P. GOGGIA

Formulario ragionato di Clinica Medica Terapeutica

(5ª edizione nuovamente riveduta ed ampliata) con 32 figure nel testo.

Un volume in-16, di pagine XV-851, rilegato in tela. In commercio L. 35 più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole L. 32.90 in porto franco.

Prof. GABRIELE GOGLIA

Guida Pratica di Terapia Clinica

Un volume in-16, di pagg. VIII-514, elegantemente rilegato in tela. Prezzo L. 30. Per i nostri abbonati sole L. 28,25 in porto franco.

Prof. FRANCESCO SCHIASSI

L'insulina nella cura del diabete

Un volume in-16°, di oltre 150 pagine con tabelle nel testo e fuori testo. Prezzo L. 15. Per i nostri abbonati sole L. 13,90 in porto franco.

Dott. GIUSEPPE GIORDANO
Medico negli Ospedali Riuniti di Roma.

La sifilide del midollo spinale.

Un volume in-8° di pagine 229. Prezzo L. 25 più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 22, in porto franco.

Dott. Prof. ENZO ROMANELLI
Docente nella R. Università di Napoli.

Il Croup e la Tecnica della Intubazione

Un volume in-8°, di pagg. VIII-106. Prezzo L. 14. Per i nostri abbonati sole L. 12,80, in porto franco.

Prof. G. PERRANDO
Direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Genova

Manuale di Medicina Legale

Un volume in-16°, di pag. XVI-916, con 273 figure originali intercalate nel testo, rilegato in tela, in commercio L. 46. Per i nostri abbonati sole L. 43.90 franco di porto e raccomandato

Dott. prof. CARLO DE GREGORIO
Lib. doc. nella R. Università di Roma

SINDROMI IPOFISARIE

Un volume in-8°, di pagine 156, con 8 figure e 6 tavole fuori testo, nitidamente stampato, su ottima carta. Prezzo L. 15. Per i nostri abbonati sole L. 13.50 franco di porto.

ANAFILASSI

Lezioni tenute ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Proff.: **Lustig, Cesaris-Demel, Comba, Rondoni, Frugoni, Fichera, Cesa-Bianchi, Micheli, Zironi, Belfanti.**

Un volume in-8°, di pag. 363, nitidamente stampato su ottima carta. In commercio L. 15 più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole L. 14.30 in porto franco.

Dott. prof. ARMANDO DRAGO
Lib. doc. nella R. Università di Roma

L'anafilassi alimentare nel bambino.

Un volume in-8°, di pagg. VI-269, in nitidissimi tipi e veste tipografica. — Prezzo L. 30. Per i nostri abbonati sole L. 27.90 in porto franco.

Prof. GIOVANNI PETELLA, della R. Università di Napoli

CEREALI E VITAMINE

Studi sintetici su alcuni problemi di alimentazione.

Un vol. in-8°, in nitidissima veste tipografica, prezzo L. 16. Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. 13.90 in porto franco.

TECNICA SIEROLOGICA. Prof. LUIGI VICANO'

Terza edizione interamente rifatta (a cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese), con 39 figure e 9 tavole in nero e colorate, con appendice: «Terminologia immunologica». — Un volume in-8° di pagine 277. Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati, sole L. 23,90.

NEOPLASMI

Lezioni tenute, per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese, dai proff.: **Barbacci, Truffi, Franchini, Sanfelice, Pentimalli, Fichera, Sachs e Rondoni.**

Un volume in-8° di pagine 326. Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati, sole L. 23,90.

Prof. Dott. ALFREDO D'AVACK
Doc. di Patol. Spec. Chirurgica nella R. Univ. di Roma.

Terapia Generale Chirurgica Ortotetica e Paratetica

Un volume in-8° in pagg. XII-407, nitidamente stampato su ottima carta, con 62 figure nel testo. Prezzo L. 50. Per i nostri abbonati sole L. 46,75 in porto franco.

Dott. ARTURO MANNA
Chirurgo aiuto negli Ospedali di Roma.

I poteri di difesa del peritoneo e dell'omento nelle infezioni acute e croniche della cavità peritoneale

Un volume di pagg. 272 nitidamente stampato su ottima carta, con molte figure in tavole fuori testo. — Prezzo L. 32. Per i nostri abbonati sole L. 29,60.

Prof. C. BRUNI
Docente di Urologia nella R. Università di Napoli
Direttore dell'Ambulatorio delle malattie urinarie all'Ospedale Incurabili

Compendio di Clinica Terapeutica DELLE MALATTIE URINARIE

ad uso dei medici e degli studenti

(Seconda edizione).

Un volume in formato 16°, di pag. XXVIII-352, con 76 figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela. In commercio L. 20, più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole L. 18.75 in porto franco.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA. Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.

ANNO XXXIV — Roma, 13 Giugno 1927 — Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

REPARTO CHIRURGICO
DELL'OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA
diretto dal prim. T. FERRETTI.

Torsione del grande epiploon.

Dott. L. URBANI, aiuto.

In clinica, uno dei più forti argomenti diagnostici è il criterio di frequenza; ma vi sono evenienze in cui questo criterio non serve e la diagnosi è quasi impossibile.

Sono in genere casi la cui acuzie non permette una lunga osservazione, una accurata disamina dei vari sintomi e richiede anzi una determinazione rapida da parte del chirurgo perchè periculum in mora.

La condotta chirurgica s'identifica in genere nell'azione e questa vuol essere pronta e rapida per essere sicuramente efficace.

Io — nella mia modesta esperienza di aiuto — non mi sono mai pentito di avere agito specie nelle affezioni acute dell'addome anche quando non avevo formulato una diagnosi sicura e precisa.

La diagnostica delle affezioni addominali se alle volte è relativamente facile altre volte presenta delle difficoltà insormontabili e noi dobbiamo agire solo con una diagnosi di probabilità.

In queste evenienze la nostra osservazione e la nostra esplorazione chirurgica deve essere metodica, precisa, completa. Occorre che il chirurgo — perchè sia soddisfatto — trovi nella sua esplorazione addominale quel tanto che possa mettere in relazione con le sofferenze accusate dall'infermo e col quadro clinico debitamente osservato.

Occorre poi rivedere — ad operazione fatta — le storie cliniche dei malati, insistere su dati punti, interrogare ripetutamente gli infermi e cercare di ricostituire la sindrome clinica quando si è già in possesso del reperto operatorio.

Questa osservazione postuma è utile per la propria esperienza clinica più di qualunque esercizio e virtuosismo semeiologico.

Ho voluto premettere queste brevi considerazioni a proposito di un caso poco frequente che ho dovuto operare.

La paziente Maria B. (53 anni) era stata portata a S. Spirito il giorno 29 marzo 1926, perchè il mattino del 26 marzo era stata colpita da forti dolori all'addome e più spiccati al quadrante superiore destro.

La storia antecedente mancava di qualunque dato patologico: Matrimonio a 21 anni; 6 figli; salute sempre buona.

Le sofferenze dall'inizio 26 marzo, andarono aumentando tanto da non dare requie all'inferma che paragonava i dolori ad un senso di strappamento interno. I dolori non avevano particolare irradiazione erano continui e impedivano anche di respirare. Le pezze e le applicazioni calde non giovarono all'inferma. Non vomito ne febbre, sospensione delle feci e dei gas in primo tempo.

Il giorno 27 purga oleosa con due evacuazioni ma i dolori non si calmarono anzi andarono aumentando.

Giunge alll'ospedale alle ore 10 del 29 marzo.

La malata appare abbattuta e si lamenta continuamente, l'addome meteorico è dolentissimo in tutta la metà destra; difesa generalizzata, facies grippé, polso 110.

La diagnosi oscillava fra l'appendicite e la colecistite calcolosa, la pancreatite emorragica, la perforazione gastrica, la probabile torsione di una possibile cisti ovarica.

Scartai la perforazione gastrica perchè non v'era storia gastrica antecedente e perchè trascorsi tre giorni pensai che il quadro clinico in tale evenienza doveva essere ben più grave. Anche con la colecistite calcolosa il quadro clinico presentato dall'inferma non era d'accordo per la mutezza della storia antecedente, per la mancanza d'irradiazione alla spalla, per l'assenza d'urubilina nelle urine.

Esclusi la torsione della cisti ovarica con l'esame ginecologico. Riguardo alla pancreatite emorragica ne avevo visti ed operati tre casi e avevo sempre notato un quadro clinico più grave, con sudore algido all'estremità e non avevo mai trovato in difetto il sintoma di Halsted vale a dire la cianosi degli arti.

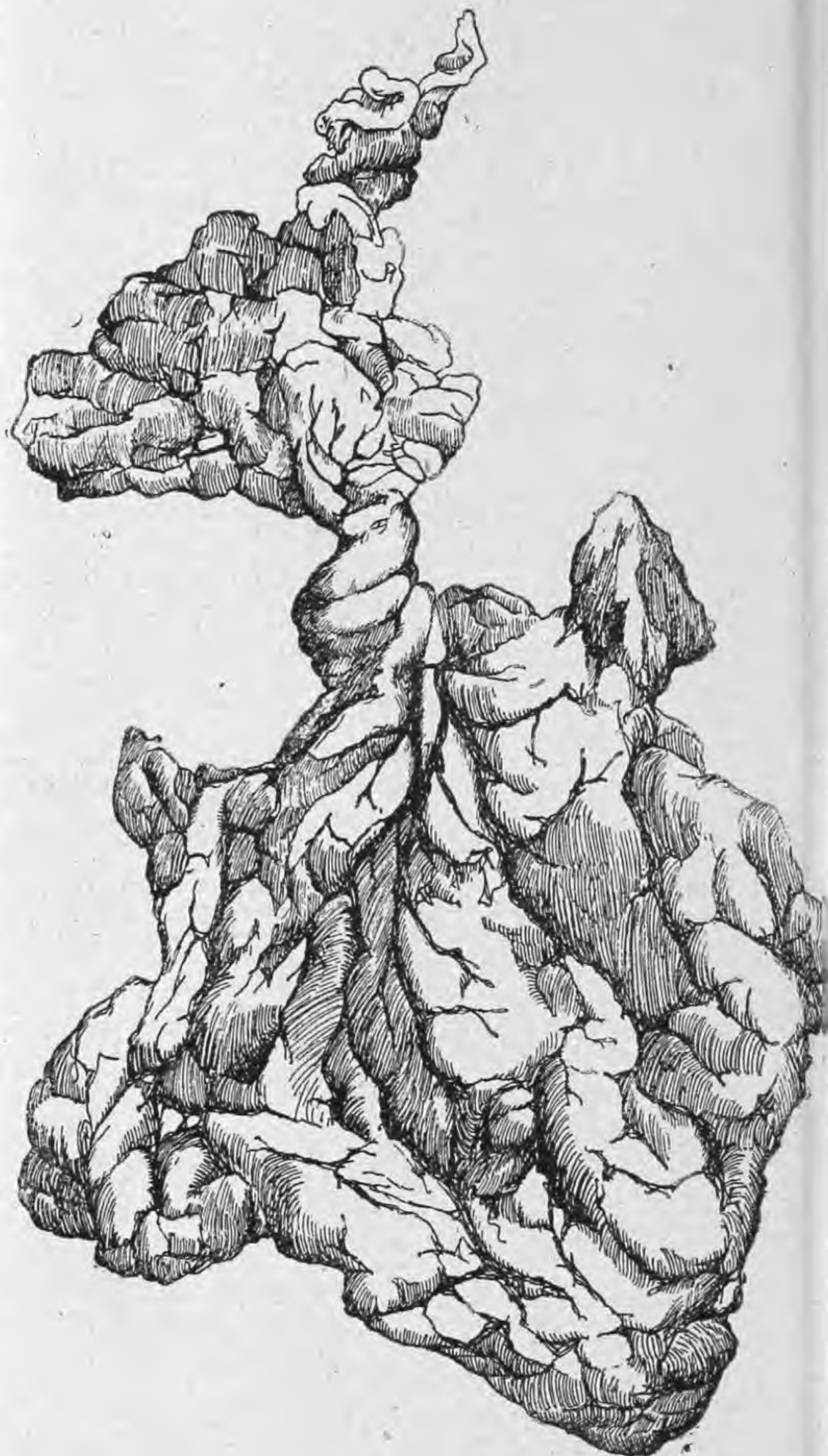
Pure le sofferenze continuavano, la difesa della parete era evidentissima, la paziente reclamava il soccorso ed io mi accinsi ad operarla.

Non avevo fatto una diagnosi: avevo parecchie ipotesi e parecchi dubbi; quindi dovevo regolarmi con un taglio laparatomico tale che mi portasse direttamente sui vari organi da esplorare.

Io ho sempre ricorso nei casi dubbi ad un taglio transrettale destro sopra e sottoombellicale.

Esso è poco lesivo e permette di esplorare rapidamente la cistifellea e le vie biliari, il piloro, il duodeno, il pancreas; gran parte dello stomaco, il colon destro e l'appendice. Prolungato in basso una volta mi permise di asportare l'annesso destro rotto e sanguinante per gravidanza tubarica.

È un taglio che a me sembra generico per eccellenza: a questo non ricorro mai quando il mio pensiero va verso un'occlusione intestinale perchè allora, di solito, faccio un taglio mediano che mi permette di esplorare sempre il colon sigmoideo.

In questa donna a diagnosi dubbia, ma con intestino canalizzato, praticai il « taglio generico ».

Riassumo brevemente l'atto operativo:

Eteronarcosi regolare; laparatomia transrettale destra sopra e sottoombellicale; giunto al peritoneo parietale notai un colorito bruno-cioccolato come si osserva negli emoperitonei da gravidanza tubarica e nei sacchi delle ernie strozzate. Aperto il peritoneo evacuai circa 200 cmc. di siero intensamente ematico ed estrinsecai subito un or-

gano nerastro costituito dal grande omento torto alla sua base d'impianto a tre o quattro giri. Lo resecai rapidamente legando con cura i vari peduncoli. Appendice lunga ma sana liberazione della cistifellea da alcune aderenze con l'angolo epatico del colon. Sutura completa a strati della parete. Guarigione di 1ª int.ne.

*
* *

Ad alcuni chirurgi ho domandato se avessero operato dei casi simili: mi è stato risposto che epiploon nei sacchi erniari torto su se stesso è stato visto parecchie volte, ma casi in cui l'omento libero e sano si fosse torto non ne avevano osservato mai.

D'altra parte nei libri classici di patologia chirurgica anche vasti non esiste un capitolo sulla torsione dell'omento come ne esiste uno sulla torsione della cisti ovarica e sulla torsione del colon pelvico.

Consultando la letteratura ho trovato che Th. J. Mullen in *Surgery, Ginecology and Obstetrics*, vol. XL, n. 5, maggio 1925, pag. 635-641, ne cita tre casi.

Di questi soltanto il primo s'identifica col mio caso perchè negli altri due casi si trattava di omento aderente una volta ad un sacco erniario e un'altra volta ad una ernia post-laparotomica.

E. Schwarz in *Zentralb. f. Chirurgie*, libro VIII, gennaio 1926, ne riporta un caso occorso in una donna di 48 anni molto grassa e che aveva operato un anno prima per voluminosa ernia inguinale destra contenente anse intestinali ed epiploon.

Anche in questo caso è da ritenere che l'omento che aveva soggiornato in un sacco erniario non fosse perfettamente sano ma fosse ispessito per sclerosi fibrolipomatosa come avviene per lo più nell'omento erniato.

Invece nel caso che ho osservato, l'omento era perfettamente sano e non esistevano ernie.

Certamente sono questi casi rari che si presentano forse una volta nella vita di un chirurgo ma mi sembrerebbe opportuno che in un capitolo di patologia chirurgica addominale fra le torsioni dei vari organi sui propri peduncoli fosse contemplata la torsione del grande epiploon e ne fosse abbozzata una sua sintomatologia clinica sebbene questa sia poco netta e punto caratteristica.

Contributo al trattamento delle peritoniti acute.

Dott. prof. GIOVANNI GAETA,
l. d. nella R. Università di Roma.

Si è raggiunto ormai l'accordo fra tutti i chirurgi che nelle peritoniti acute si debba procedere alla laparatomia, anche nei casi di diagnosi dubbia, come primo tempo di un trattamento che ci metterà sulla buona via per riconoscere la causa che ha determinato la peritonite e come mezzo per combatterla. Diagnosticata la peritonite, la laparatomia deve essere praticata d'urgenza, quando, s'intende, non ha sorpassato quel limite massimo, oltre il quale non sarà più possibile portare le risorse dell'arte. Sarà preferita l'una o l'altra incisione a seconda che ci si orienterà che l'organo perforato sia l'appendice, la vescichetta biliare, lo stomaco o l'intestino. Nei casi a diagnosi dubbia praticheremo la laparotomia mediana. Inciso il peritoneo, si lascierà fuoriuscire il liquido e nei casi gravi, per non complicare l'intervento, si rinunzierà di ricercare l'organo lesionato e ci si contenterà di drenare e di suturare in parte la ferita laparatomica; quando le circostanze lo permettano andremo alla ricerca dell'organo perforato, e, rinvenutolo, si provvederà nel modo più semplice e sicuro.

L'organo più frequente a causare una peritonite acuta è l'appendice o per propagazione della flogosi alla sierosa o per perforazione. La flora batterica è quasi sempre rappresentata dal B. coli, meno frequentemente dallo streptococco, dallo stafilococco e dal diplococco enterico.

Per formulare diagnosi di peritonite da appendicite grande importanza assumono le notizie anamnestiche di pregresse coliche appendicolari, rilevate qualche giorno prima o qualche ora prima del manifestarsi della peritonite. Per la diagnosi di perforazione non bisogna dare soverchio valore al sintoma dolore violento, poichè una flogosi estesa può provocare un vivo dolore, ciò che del resto tante volte è controllato sul tavolo operatorio, dove osserviamo che la perforazione poteva essere sospettata, ma non è avvenuta. Per la sede del dolore diremo che essa varia a seconda della topografia dell'appendice (punto di Mac Burney, punto lombare destro, quando l'appendice ha una posizione retrocecale). Dovremo dire subito che il dolore può mancare nei punti descritti quando la peritonite si è generalizzata e le condizioni generali dell'infermo siano divenute gravi. In questi casi entrano in giuoco altre possibilità diagnostiche differenziali, come la peritonite da perforazione gastrica e duodenale, la calcolosi biliare con perforazione

della cistifellea, la peritonite d'origine pancreatica, la colica renale, la colica ureterica, la gravidanza tubarica, le annessiti, la polmonite.

Sul trattamento ho detto in principio che è indicata la laparatomia; l'esito sarà più o meno fausto a secondo che opereremo nelle prime ore più che nei giorni successivi. L'accordo viene a mancare, se, aperto il ventre, si debba ricorrere al lavaggio della sierosa o no. Il metodo del lavaggio tende a perdere quel favore che ebbe nei primi tempi in cui fu applicato. Esso secondo la maggioranza dei chirurgi oltre ai pericoli gravi che dimostra per l'azione riflessa sul centro circolatorio e respiratorio, oltrechè per il pericolo di diffondere l'infezione là dove non è arrivata, si dimostra inutile e dannoso in quanto il lavaggio altererebbe la sierosa e favorirebbe lo sviluppo dei germi. Più logica è praticare, secondo tali autori, delle controaperture nei punti più declivi per favorire l'uscita del liquido purulento e per drenare.

I liquidi più usati sono l'etere, le iniezioni intraperitoneali di olio canforato all'1 %, previa evacuazione del pus. Weiss e Sencert iniettano, in luogo di liquidi, dell'ossigeno riflettendo che a facilitare l'azione del drenaggio risponde l'insufflazione di ossigeno che agirebbe meccanicamente ed eviterebbe la formazione di aderenze, arresterebbe inoltre lo sviluppo dei germi anaerobi, stimolerebbe il cuore, il centro del respiro, la peristalsi intestinale e attiverebbe la funzione renale.

Lienhardt, nei casi di peritonite acuta è ricorso al lavaggio della cavità peritoneale con l'etere con una mortalità del 20 % in meno. Sembra che l'etere agisca per azione meccanica secondo questo autore: il freddo eccita la contrattilità dei vasi e dell'intestino, stimola la circolazione e la peristalsi intestinale. Dubbio, secondo lo stesso autore, è il potere battericida dell'etere, il quale deve usarsi nei casi gravi e con molta circospezione nei bambini per gli accidenti gravi di collasso che l'etere può, provocare. Narat dice di aver usato con buoni effetti una soluzione di glucosio al 20 % (500 cmc.), che ripeteva attraverso il tubo di drenaggio ogni sei o 12 ore.

Jankowschi si dichiara fautore del lavaggio della cavità peritoneale con siero fisiologico.

Gregokw ha pubblicato una estesa statistica di casi di peritonite acuta diffusa; l'intervento precoce comporta secondo G. una mortalità del 17 %; un intervento ritardato una mortalità del 57,8 %; nel periodo terminale una mortalità dell'89 %. Le peritoniti siero-purulente danno una mortalità inferiore di quelle con liquido fibrino-purulento (le prime del 18 % di mortalità, le altre il 78 %).

Credo di un certo interesse pubblicare un caso di peritonite acuta generalizzata da perforazione dell'appendice che sortì esito favorevole con la laparatomia, sebbene il liquido fosse fibrino-purulento.

P. Salvatore, di anni 19, da Valguarnera. Nulla di speciale nell'anamnesi remota dell'infermo. Il 2 settembre 1926 fu improvvisamente colto da un violento dolore nella regione iliaca destra che si irradiava verso l'epigastrio accompagnato da vomito e da febbre. Le condizioni dell'infermo andarono mano mano peggiorando, la famiglia la notte del 5 chiamò per consulto.

All'esame obiettivo rilevai che l'addome era enormemente teso e dolente in tutti i quadranti, specie nel quadrante inferiore destro, difesa parietale, presenza di liquido, febbre, sensorio quasi integro, polso frequente ma abbastanza valido e regolare, alvo chiuso dal momento in cui ebbe inizio la colica. Da questo sommario esame e dai dati desunti dai famigliari e dal sanitario curante, mi fu facile formulare la diagnosi di peritonite acuta, generalizzata da perforazione dell'appendice. Stante le discrete condizioni generali dell'infermo, mi decisi ad intervenire.

Con anestesia locale procedetti alla laparatomia pararettale destra; inciso il peritoneo, venne fuori una grande quantità di liquido fibrino-purulento, fetidissimo. Per non complicare e prolungare l'intervento, rinunziai a ricercare l'organo perforato e mi limitai a versare nella cavità peritoneale dell'etere, di drenarla con un tubo di gomma e con garza iodoformica e di suturare parzialmente la parete, con fili di catgut profondamente e con seta la cute. A 24 ore di distanza le condizioni dell'infermo andarono migliorando; dal drenaggio veniva fuori nei primi giorni liquido purulento fetido; in 4ª giornata fu rimosso il drenaggio di gomma e sostituito con sola garza iodoformica; mai furono praticati lavaggi, ma, trattato asetticamente, il seno fistoloso venne a chiudersi completamente dopo circa due mesi di questa cura. Alla fine del terzo mese l'infermo era in ottime condizioni al punto da potere riprendere il suo faticoso lavoro di contadino.

L'infermo votato a sicura morte ha trovato nella laparatomia, sebbene praticata in ritardo, la sua salvezza; quanto abbia contribuito al successo il lavaggio della cavità peritoneale non saprei dire, forse poco. Ad ogni modo sarebbe delittuoso abbandonare alla sua sorte un peritonitico acuto e non tentare, quando il caso lo permetta, un intervento che spesso potrebbe salvarlo da sicura morte. In proposito il mio caso è molto istruttivo; sebbene la cavità peritoneale fosse tutta invasa da liquido fibrino-purulento e nulla mancasse per disperare di un qualsiasi successo, pure l'esito non poteva essere più felice.

Sull'impiego dell'etere, come ho già riferito, i pareri sono opposti: io ho preferito ricorrervi non per le sue proprietà battericide, che in una peritonite generalizzata possono essere considerate alquanto discutibili, ma per l'azione che indubbiamente l'etere esercita sui centri del cuore e del respiro.

OSPEDALE CIVILE DI ASTI.

Peritonite da gangrena appendicitica postoperatoria.

Prof. MARIO FASANO, chirurgo primario.

Recentemente in un diffuso giornale tedesco di chirurgia, il *Zentralblatt fur chirurgie*, venne aperta una rubrica « die Fehler und Gefharen in der chirurgie », gli errori ed i pericoli in chirurgia.

Scopo della novità, a complemento scientifico e pratico, quello di determinare i chirurghi a rendere note le loro disavventure cliniche, nel concetto che la enunciazione di accidenti od esiti sfavorevoli possa essere utile non meno delle relazioni su brillanti risultati operatorii.

Approfittando di un caso recente, di esito infausto, che può essere istruttivo e risparmiare forse ad altri dolorose sorprese, mi faccio iniziatore in Italia di una tale rubrica, lieto se il mio esempio sarà da altri seguito.

Oggetto della mia disavventura operatoria una donna sulla quarantina, madre di tre bambini, l'ultimo di tre anni, moglie ad un uomo settantenne.

Da parecchi mesi ebbe ad accusare disturbi nella sfera genitale con dismenorrea e metrorragie. Si aggiunsero ultimamente accessi dolorifici sotto forma di coliche al basso ventre, per cui si rivolse alla mia osservazione.

Fatta diagnosi di salpingo ovarite sinistra, intervenni per via laparotomica.

Alla biopsia operatoria si presentò il quadro anatomico di una pelvi-peritonite adesiva di antica data.

Sciolte le aderenze riuscii ad esteriorizzare l'utero retroverso-flesso ed aderente, in tal modo ottenni un discreto orientamento del campo operativo.

Mi fu possibile isolare attraverso le tenaci aderenze pelviche a sinistra una sacca salpingitica a contenuto purulento che estirpai unitamente agli annessi corrispondenti ed all'utero.

Degli annessi di destra ho conservato il solo ovaio, che si presentava in condizioni pressoche normali.

Nonostante le numerose difficoltà incontrate potei peritoneizzare completamente per modo che ad operazione ultimata il campo si presentava levigato, liscio, senza la più piccola smagliatura della plastica peritoneale eseguita.

Andamento postoperatorio normale: Non vomito, non meteorismo, polso alquanto frequente (100 pulsazioni) ma valido, respiro regolare, temperatura non oltre i 38 c.

L'ammalata si alimentava con sostanze liquide, in quarta giornata ebbe una scarica normale in seguito alla somministrazione di un clistere.

Improvvisamente alla sera della quinta giornata incominciò ad accusare dolori acutissimi diffusi a tutto l'addome; in seguito ebbe ambascia di respiro, polso piccolo e frequente, qualche conato di vomito ed il mattino successivo morì.

Da notarsi che il giorno precedente si era alimentata con due litri di latte ed un uovo senza avere nè vomito, nè dolori.

Quale la causa della morte?

Nulla di rilevante essendovi dal lato del cuore, del polmone, del rene, dovevasi pensare ad una causa locale in rapporto all'intervento praticato.

Una peritonite postoperatoria in sesta giornata si poteva escludere a priori data l'assoluta mancanza di sintomi e la constatazione di fatto della perfetta funzione gastro-intestinale, dimostrata dalla qualità di alimentazione e dalla defecazione, seguita da fuoruscita spontanea di gas in quarta giornata.

D'altra parte siccome i sintomi acuti presentati improvvisamente dalla paziente e che la condussero a morte eransi manifestati durante la notte ed io non avevo potuto rilevarli, nel dubbio di una peritonite secondaria mi indussi a far praticare l'esame necroscopico.

All'apertura dell'incisione operatoria si ha subito fuoruscita di anse intestinali distese e ricoperte da qualche detrito fibrinoso giallastro. Esteriorizzate e spostate le anse intestinali si rinviene nel piccolo bacino un liquido siero-purulento fetido e si nota come dalla fossa iliaca di destra si abbia gemizio di pus denso, di colorito grigiastro.

Seguendo il tramite da cui fuoresce il pus, attraverso ad un conglomerato di anse del tenue, adese fra di loro, si cade in una cavità contenente pus denso, di odore fecaloide, in mezzo al quale si trova l'appendice gangrenata, di colorito nero uniforme per i suoi due terzi inferiori sino ad un centimetro dalla base di impianto nel cieco.

In corrispondenza della parte gangrenata non è possibile osservare tracce di meso, il quale invece si presenta di aspetto normale per il tratto di appendice non gangrenata.

La porzione di appendice necrosata è di consistenza molliccia, quasi spappolabile fra le dita e non presenta alcuna aderenza, ma è libera nella cavità ascessuale.

Ricavare deduzioni precise anche dall'esame anatomo-patologico è assolutamente impossibile, però parmi sia permessa una illazione.

Durante le manovre di liberazione della ganga di aderenze utero-annessiali è probabile che l'appendice stirata abbia avuto lacerato il suo meso e quindi sia stata strappata l'arteria nutritizia, colla conseguenza di una progressiva necrosi e la successiva formazione di un ascesso, limitato in primo tempo dalle aderenze delle anse intestinali, constatate al reperto anatomico.

Fu l'improvvisa apertura dell'ascesso nella cavità peritoneale la determinante della sepsi peri toneale acutissima e del rapido decesso.

Si può conchiudere che se io avessi eseguito contemporaneamente all'isterectomia ed annessiectomia, l'appendicectomia, non si sarebbe avuto l'esito infausto.

Ma era indicata, nel caso in questione, l'appendicectomia?

Rispondo francamente che se mi fosse capitata nel campo operatorio l'appendice ed avessi avuto il minimo sospetto sul suo stato anatomico l'avrei estirpata senz'altro. Non avendola riscontrata non mi sono peritato di andarla a rintracciare, avuto anche riguardo allo stato settico del campo operatorio.

Per ironia della sorte poco tempo prima avendo

durante un'annesiectomia per bacillosi utero-annessiale in una giovane sposa, trovata un'appendice lunghissima, aderente ed a decorso tortuoso, avevo praticata l'appendicectomia e l'ammalata era guarita in breve tempo!

Qualche giorno dopo, dal rendiconto di una riunione di certa società tedesca di Chirurgia, ricavavo che la maggior parte dei convenuti si era scagliata contro il sistema di alcuni ginecologi di voler ad ogni costo estirpare le appendici che capitano loro sotto gli occhi, senza indicazione alcuna. Mi sentii anch'io annoverato fra i colleghi ginecologi appendicectomisti ad ogni costo. Ma dopo pochi giorni dovevo trovare riabilitato il sistema, proprio da una mia disavventura professionale!

Chiudo questa breve dissertazione clinica ed anatomo-patologica col ritenere che nei casi in cui si abbiano notevoli aderenze pelviche ed utero-annessiali interessanti anche il cieco e l'appendice, sia sempre prudente andare alla ricerca del vermio per controllare i suoi rapporti con le alterazioni locali e procedere alla sua asportazione tuttavolta vengano constatati rapporti di contiguità che legittimino un sospetto sulla sua sicura conservazione.

Asti, 11 dicembre 1926

Una diagnosi di ascesso ossifluente, errata.

(Strana estrinsecazione del liquido d'una peritonite tubercolare)

pel dott. GIOVANNI VERNAZZA.

Una donna trentenne (R... C..., da Calimera), alta e magra, con gentilizio non immune da tubercolosi, ammalò — nel maggio 1923 — di pleurite siero-fibrinosa a destra. Il liquido raggiunse la spina della scapola; ma non fu estratto, perchè allora si riteneva che colle sue sostanze vaccinanti giovasse all'organismo. Tuttavia si riassorbì, in breve tempo, completamente. E la C... potè tornare ai suoi lavori di campagna.

Ma, quattro mesi dopo, mentre stava lavorando col corpo piegato in avanti, volle raddrizzarsi, e — nel compiere questo movimento — avvertì alla schiena un vivo dolore, che s'irradiava verso le creste iliache, e più fortemente a destra.

Questo dolore durò lungo tempo, non ostante i molti topici e mezzucci ai quali si ricorse. Anzi, in prosieguo, si aggiunsero irradiazioni dolorose, nevralgiformi, all'arto inferiore destro, nel campo dello sciatico.

L'inferma, inoltre, si stancava facilmente nel camminare, ma assai più colla gamba destra, che trascinava a stento. Il piegarsi innanzi e il raddrizzarsi — che risvegliavano o acuivano il dolore della schiena — dopo un certo tempo non furono più possibili; di modo che, per raccogliere un oggetto da terra, l'inferma, invece d'inarcare la colonna lombare, si abbassava, tenendola dritta, e piegando le gambe sulle cosce, e queste sul bacino.

Si andò così innanzi, più d'un anno. Poi, lentamente, la coscia destra si flesse un po' sul bacino, la gamba si semiflesse sulla coscia, e il piede non potè poggiare a terra se non colle teste dei metatarsi. Naturalmente anche il corpo s'incurvò sul fianco destro.

A guardarla, senz'altra osservazione, la C.. sembrava ammalata di coxite cronica. Ma la piega dell'inguine non era tumida o pastosa, nè dolente l'articolazione. E tutti i movimenti, tranne quello di estensione, erano liberi.

Si trovava, invece, il segmento lombare della colonna vertebrale — normalmente mobilissimo e lordosico — non solo rigido (come s'è detto), ma raddrizzato, anzi alquanto sporgente all'indietro. E il punto più prominente della sporgenza era a due dita trasverse più in su dell'orizzontale passante fra le sommità delle creste iliache (apofisi spinosa della 3ª lombare), e un po' a destra della linea mediana. Questa deformità, infine, era dolorosa spontaneamente, alla pressione, alla percussione e ai movimenti della colonna vertebrale.

Sensibilità integra. Riflessi tendinei normali a sinistra, attenuati a destra. Nessun disturbo della minzione. Stitichezza ostinata.

Si trattava di spondilite tubercolare o di carcinoma?

A favore della carie vertebrale stava il gentilizio, l'età giovanile, la pleurite pregressa, la lunga durata della malattia, l'assenza di processi neoplastici negli altri organi (essendo straordinariamente raro il carcinoma primario delle vertebre).

Si cominciò una lunga serie di iniezioni di iodarsolo, non ancora interrotta. E poi, quando l'inferma volle (20 marzo '25), applicai il busto gessato. Che rinnovai dopo sei mesi. E lo rimossi del tutto nel febbraio del 1926.

Il rialzo lombare mi parve immodificato. Ma i dolori erano cessati. E l'arto inferiore destro poteva poggiare a terra colla pianta del piede ed aveva riacquistati tutti i suoi movimenti. Solo si stancava un po' dopo molto cammino.

L'inferma si riteneva interamente guarita.

Senonchè, verso la metà del giugno scorso, essa presentava una gonfiezza sulla faccia interna della coscia destra, a due dita trasverse sotto il solco genito-crurale. Questa gonfiezza, grande quanto mezzo mandarino, rivestita da pelle normale, a superficie liscia, era indolente, fluttuante ed un po' riducibile. Essa andò rapidamente aumentando di volume, e in pochi giorni la sua base si estese dal solco genito-crurale alla parte media della coscia. Poichè molestava notevolmente l'inferma nel cammino, pensai di vuotarla e d'iniettarvi il noto liquido sclerotizzante del Calot. Giacchè non si poteva — com'è facile intendere — non pensare all'unico sintoma che fin allora era mancato nel quadro clinico della spondilite tubercolare: l'ascesso ossifluente. Ed ebbi, invece la sorpresa di aspirare, *non il noto pus degli ascessi freddi, ma quasi 400 cmc. di liquido giallo-rossiccio, lievissimamente torbido. Pareva urina, da classificare — pel colore — al IV grado della scala Vogel. Conteneva molta albumina, e dava la prova di Rivalta positiva.*

Osservai allora l'addome. *Nel peritoneo c'era liquido libero*, che, nella posizione eretta dell'inferma, raggiungeva l'ombelicale trasversa, e che, estratto con una puntura esplorativa, *dimostrò gli stessi caratteri di quello della sacca che avevo vuotata.*

Dopo 3-4 giorni questa si riempì come prima.

Iniezioni endomuscolari di iodo e cura solare.

Il liquido peritoneale s'è riassorbito lentamente, ed anche quello della sacca, la quale ora è avvizzita.

Nella letteratura, che ho potuto consultare, nulla ho trovato di simigliante. L'interpretazione del fatto quindi, essendo guarita l'inferma, non può essere che ipotetica.

Due sono le vie che segue l'ascesso ossifluente da carie delle vertebre lombari per giungere alla parte superiore-interna della coscia. Più ordinariamente esso, nel suo cammino, è sottofasciale, cioè discende nella guaina dello psoas, sotto il ponte del Poupart, ed invece d'arrestarsi al triangolo di Scarpa, va a formare focolaio in corrispondenza del piccolo trocantere, dove s'inserisce il tendine dello psoas-iliaco. Assai più raramente, invece, perforata la guaina dello psoas, diviene soprafasciale (cioè sottoperitoneale) e si comporta come gli ascessi ossifluenti da spondilite cervicale o dorsale che raggiungono l'addome. Cioè segue numerose vie, specialmente quelle segnate dal cammino dei vasi e dei nervi. E una di esse è quella percorsa dall'arteria otturatrice e dal nervo otturatore. Passa, cioè, pel canale otturato e va a fare sporgenza nella parte superiore-interna della coscia, fra gli adduttori.

Ciò premesso, si tenga pure presente che nella peritonite tubercolare i tubercoli non solo tappezzano la superficie interna della sierosa, sporgendo in cavità, ma si trovano anche nel tessuto sottoperitoneale, specialmente lungo i vasi che lo attraversano. E non solo vi si trovano come tubercoli isolati, ma anche formando veri ammassi tubercolari, spesso in preda a disfacimento caseoso.

Ora questi ammassi tubercolari caseificati, questi tubercolomi rammolliti, altro non sono che dei piccoli ascessi freddi. Possono quindi — come ogni ascesso freddo — diffondersi, infettando, infiltrando le parti adiacenti, specie il connettivo lasso perivasale, che — come dicemmo — nella peritonite tubercolare può essere disseminato di tubercoli. E nel nostro caso non è impossibile che uno di tali tubercolomi rammolliti, formatosi in vicinanza dell'arteria otturatoria, *si sia diffuso, da una parte lungo il cammino di quest'arteria fino al muscolo otturatore esterno e agli adduttori, e dall'altra abbia perforato il peritoneo soprastante*, come l'ascesso ossifluente, incluso nello psoas, ne perfora talvolta la guaina.

Così solo è facile intendere come nel nostro caso *il liquido peritonitico — penetrando attraverso questa perforazione peritoneale e scorrendo lungo i vasi otturatori — sia giunto sotto la cute della regione superiore-interna della coscia, e vi abbia formata la grossa bozza descritta.*

Calimera di Lecce, aprile 1927.

COMMENTI.

Sul valore pratico dell'Enzimoreazione nella tubercolosi polmonare.

Risposta alle obiezioni del Dott. Maurer.

Prof. L. Sivori.

A proposito dell'articolo comparso nel *Policlinico*, Sez. pratica, n. 17 del corrente anno, del dott. G. Maurer *sul valore pratico della enzimoreazione nella tubercolosi polmonare*, ritengo opportuno redigere questa breve nota per dare qualche delucidazione sopra taluni rilievi dell'A.

Il dott. Maurer ha attuato le sue esperienze fruendo del metodo della enzimoreazione a caldo, apportando solo qualche modificazione per eliminare gli inconvenienti inerenti al processo di ebollizione. Appunto perchè, come l'A. stesso afferma, questo metodo è poco pratico, specialmente per le accortezze particolari che occorrono nell'esecuzione della prova per mantenere i vari tubetti sottoposti all'azione del calore per un identico periodo di tempo all'ebollizione, periodo che non deve oltrepassare nè essere minore di un minuto primo, noi da tempo abbiamo adottato il metodo a freddo.

Anche per la lettura, l'A. riferisce di aver proceduto senza colorimetro mentre riconosce che, usando una scala colorata, le gradazioni che si possono rilevare non sono molto sensibili.

Ciò consente già di poter affermare che l'A. non si è messo nelle migliori condizioni per sottoporre ad una valida critica il metodo dell'enzimoreazione.

È doveroso però rilevare com'egli giustamente ponga in risalto che il punto più delicato della reazione sia il grado dell'alcalinità dell'antigene e ciò rassicura sulla correttezza da lui usata nell'esperire le ricerche attuate.

In ogni modo attenendoci ai risultati ottenuti sui 68 casi esaminati vediamo che nei soggetti affetti da tubercolosi egli ebbe una positività del 91,4 % e tale reperto costituisce indubbiamente un risultato molto lusinghiero.

Cinque casi di soggetti clinicamente tubercolosi hanno risposto invece negativamente coll'enzimoreazione.

L'A. prima di giungere alle conclusioni rileva che dalle sue esperienze il rapporto fra l'intensità di reazione e il grado di resistenza dell'organismo, invece di essere costante, secondo le vedute nostre, non si è affatto dimostrato tale. Premette però, a questo proposito, che in mancanza di un colorimetro si è servito di una scala colorimetrica con 4 gradazioni di intensità.

Ritengo giustamente che a questo onesto rilievo dell'A. debba fondatamente ascriversi una siffat-

la interpretazione in quanto noi, quando non usiamo il colorimetro, ci valiamo di una scala colorimetrica che dispone di ben 10 gradazioni.

Riguardo all'osservazione condotta dall'A. di enzimoreazioni in soggetti sani o ritenuti affetti da malattie non tubercolari e nei quali complessivamente su 10 soggetti ha notato 8 reazioni negative e due positive, occorrono alcune spiegazioni che sono molto opportune su tale argomento che affiorò già in altro lavoro critico sull'enzimoreazione.

Il dott. Maurer riferisce che questi due casi riflettevano due soggetti che tanto all'esame clinico che radiologico si mostravano indenni da malattie tubercolari; perciò, a suo avviso, il valore diagnostico della reazione resterebbe gravemente infirmato. Tuttavia l'A. prevedendo la possibile obiezione che tali soggetti potevano essere dei portatori di lesioni latenti o di focolai non raggiungibili coll'esame clinico e radiologico, s'affretta ad aggiungere che siffatta argomentazione non può reggere se si considera che in tal caso, tutti o quasi tutti gli individui adulti, come ci insegnano le statistiche fatte al tavolo anatomico, dovrebbero avere accanto ad una cutireazione anche una enzimoreazione positiva. E conclude dicendo che ciò in realtà non si verifica.

È qui il caso, invece, di dover contraddire il dott. Maurer perchè è proprio quello che abitualmente si rileva. Noi distinguiamo, come tutti fanno, l'infezione tubercolare dalla malattia tubercolare e sappiamo pure che non esistono al giorno d'oggi mezzi di laboratorio atti a dirci se il bacillo tubercolare esistente nell'organismo è in stato di attività o meno.

Ed è in dipendenza appunto di una tale condizione di fatto che la cutireazione ha un valore nella pediatria mentre lo ha meno negli adulti.

Noi non abbiamo mai detto che l'enzimoreazione sia capace di differenziare in modo diretto la attività o la inattività di un fatto tubercolare; però, a differenza di tutte le reazioni che sono oggi in uso, essa ci consente indirettamente di appurare se un processo morboso di natura tubercolare è in fase di sviluppo; infatti quando noi eseguiamo l'enzimoreazione ed abbiamo un reperto debolissimo, se non conosciamo il soggetto a cui si riferisce questa indagine, noi possiamo concludere una di queste due eventualità: o si tratta di un soggetto ospite di bacilli tubercolari in stato di perfetta quiescenza o si tratta invece di un tubercoloso in forma avanzata ed in condizioni di scarsa reattività organica.

L'esame clinico del soggetto ci dirime poi il dubbio.

L'intensità invece di un reperto di enzimoreazione nei confronti di un antigene tubercolare ci indica sempre, quando essa venga attuata secondo gli accorgimenti da noi suggeriti, l'esistenza in fase di attività di un processo specifico.

Mi pare quindi di aver dimostrato come l'obiezione fatta dal dott. Maurer non abbia serio fondamento e di poter affermare per contro l'utilità che tale metodo diagnostico ha non solo per stabilire l'esistenza di una malattia tubercolare ma lo stadio di attività di essa.

Da quanto ho sopra esposto discende praticamente altresì il valore che questa reazione ha dal punto di vista prognostico, osservazione questa che non è stata possibile di rilievo da parte dell'A. in quanto avendo usato di una scala colorimetrica molto ridotta non ha potuto disporre di una gamma di sfumature di colori sufficienti alla finalità propostasi.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

Sifilomi primari extragenitali.

(GRAVAGNA. *Arch. Ital. Derm. Sifil. e Venereol.*, ott. 1926).

L'A. riferisce un'osservazione clinica di tre sifilomi extragenitali, notati sui componenti di una stessa famiglia e contratti per mezzo dell'allattamento.

L'osservazione si può riassumere in poche parole: trattasi di una donna di 30 anni con anamnesi assolutamente negativa prima e dopo la sua vita coniugale. Madre di due bambine, ad entrambe aveva fornito il proprio latte. Nel mentre era in periodo di allattamento della seconda sua figliola, l'inferma notò in vicinanza del capezzolo della mammella d. una piccola lesione lineare, un po' dolente alla suzione, dapprima trascurata, perchè ritenuta effetto della suzione. Frattanto però le condizioni generali della paz. peggioravano e fu in seguito a ciò, che chiamato lo specialista, questi potè diagnosticare la lesione come un sifiloma iniziale. Vi erano anche ingorghi di ghiandole caratteristiche ai cavi ascellari, parasternali, laterocervicali, inguinali e su tutta la superficie cutanea del torace, particolarmente ai lati, potevano notarsi macchie piccole lenticolari, disordinatamente sparse, di colorito roseo.

La diagnosi di sifiloma primario della mammella destra fu confermata dalla forte positività della reazione di Wassermann e dall'insieme dei disturbi subiettivi: intensa cefalea, abbattimento di forze, ipoglobulia.

Escluso il contagio da parte del marito, fu potuto assodare come la povera signora avesse

contratto l'infezione. Un suo fratello, padre di un bambino sifilitico, con manifestazioni contagiose boccali in atto, consapevole della sua e della infezione del figliolo, non aveva esitato un giorno ad invitare la sorella di dare il latte alla sua creatura ammalata, ritenendolo più indicato, più nutriente di quello materno.

Della perfidia fraterna ne rimase vittima perciò la p., ma ciò che fu più grave, fu che ben presto anche le due bambine rimasero contagiate.

Dapprima la più piccola, quella che incoscientemente, malgrado la lesione mammaria fosse tanto manifesta, continuava a venire allattata, presentò sul margine esterno del mascellare superiore, un nodulo della grandezza di un pisello, a superficie leggermente erosa, di forma allungata, semilunare, interessante la mucosa, di colorito rosso-bruno, di consistenza dura. Spiccatissimo era l'ingorgo di una ghiandola sottomascellare sinistra. Contemporaneamente sul torace era visibile una classica roseola, costituita da macchie rosee, isolate tra loro, di forma rotondeggianti, indolenti, apruriginose.

La diagnosi di sifiloma primario del margine gengivale sinistro del mascellare superiore non ebbe bisogno di discussione, nè, come è stato detto l'azione malefica della grave sciagura si arrestò, giacchè due mesi dal contagio della piccola inferma, nonostante gli avvertimenti sui pericoli a cui leggermente ed incoscientemente si esponevano i componenti della famiglia, l'altra bambina, che spesso si attaccava al seno materno o si metteva in bocca il biberon della sorellina, ebbe a presentare sulla reg. mediana della lingua un sifiloma iniziale tipico con ingorgo della ghiandola sottomascellare sinistra.

Un triplice quindi e successivo contagio di sifilide contratta sciaguratamente con l'allattamento aveva gettato in poco tempo nel più grande strazio i membri di una distinta famiglia.

A. POZZI.

Febbre sifilitica terziaria.

(FRAULINI. *Arch. Ital. di Dermat., Sif. e Ven.*, ott. 1926).

Il sintomo febbre unico e solo, può notarsi in tutti i periodi che attraversa l'infezione sifilitica, cosicchè si descrive una febbre sifilitica del periodo primario, una del secondario, una del terziario.

Varie classificazioni sono state fatte delle febbri sifilitiche circa il tipo e la natura ma la piu netta sembra essere quella del Cesa-Bianchi che distingue:

1) una febbre continua, detta anche tifosi sifilitica, quando ha speciale carattere di gravità, rara, ad inizio brusco, senza nessuno dei sintomi che accompagnano d'abitudine l'infezione tifosa;

2) una febbre continua remittente o febbricola sifilitica propriamente detta: è la più frequente, si esacerba la sera, anzi per lo più nel pomeriggio, di rado supera i 38°, scende poi durante la notte con sudori e freddo; è la forma più ostinatamente resistente alle cure non specifiche, decorre per mesi senza grave decadimento organico;

3) una febbre intermittente o pseudo-malarica a tipo quotidiano, è pure abbastanza frequente: s'inizia nel pomeriggio talora con lieve brivido, dura poche ore e cade con manifesto sudore ed è naturalmente resistente anche al più intenso trattamento clinico;

4) infine una febbre atipica, risultante dal succedersi o sovrapporsi degli altri tipi ora ricordati.

Mentre la febbre del periodo primario-secondario è quasi sempre legata ad evidenti lesioni luetiche per cui la diagnosi è facile, non così accade allorchè l'elevazione della temperatura insorge nel periodo terziario, quando cioè il più delle volte non vi sono contemporaneamente lesioni esterne o viscerali visibili e rilevabili.

Tale è il caso che l'A. descrive, in cui trattasi di un uomo di 38 anni, contagiatosi di sifilide 8 anni prima, e nel quale dopo cure di circa 2 anni di iniezioni di calomelano e bismuto, la W. era stata negativa.

Passato a nozze, la moglie non aveva avuto nè aborti nè figliolanza. Il p. aveva goduto per cinque o sei anni buona salute, in seguito aveva sofferto di influenza, durata pochissimi giorni, e appunto nella convalescenza di quest'ultima, il p. aveva cominciato ad avere elevazioni febbrili serali, oscillanti dai 37,5 ai 38, che scomparivano completamente al mattino.

Le cure ricostituenti e cliniche (perchè in precedenza aveva vissuto in zone malariche) non avevano prodotto alcun giovamento. Essendosi però quasi contemporaneamente riacutizzata una blenorragia uretrale di vecchia data, il p. si recò dallo specialista, che praticata la reazione di Wassermann questa risultò nettamente positiva unitamente alla Sachs-Georgi.

Tutte le altre ricerche (bacillo di Koch, parassita malarico, sierodiagnosi di Widal ecc.) furono negative, per cui in base al complesso delle ricerche e degli esami eseguiti si pensò trattarsi di una febbre sifilitica essenziale specialmente per la positività della Wassermann e per il fallimento delle altre cure.

Istituita una cura mista bismuto-arsenicale per iniezioni intramuscolari, già alla 2ª iniezione, la

febbre non raggiunse più il grado solito, e alla 6.7ª iniezione l'apiressia fu completa. In seguito il p. andò sempre più migliorando nelle condizioni generali, nè per quanto si sottoponesse a eccessivo lavoro, ebbe mai più a notare elevazioni della temperatura.

Circa la classificazione del caso in esame, l'A. riferendosi alle surriferite classificazioni, ritiene di poterla esattamente e giustamente inquadrare e identificare nella febbre continua remittente o febbricola sifilitica, propriamente detta.

Circa la patogenesi è noto che tre teorie si contengono il campo.

La prima ritiene che essa sia la conseguenza di focolai attivi che risiedono in ordine di frequenza nel fegato, nel cervello oppure nelle lesioni articolari: da questi punti partirebbero sostanze tossiche che andrebbero ad agire sui centri termo-regolatori.

La seconda teoria pensa invece ad una ipersensibilità organica oppure ad una infezione ipervirulenta.

La terza teoria infine giudica che la manifestazione febbrile sia l'esponente della tossiemia sifilitica che eccita e turba i centri pirogeni spesso nel periodo secondario ed assai raramente nel periodo terziario.

Altri AA. infine sostengono che tutte le teorie possono concorrere, fondendosi in una unica mista organo-tossica, alla vera spiegazione dei fenomeni e della febbre, che è l'esponente della lotta che lo specifico parassita sostiene nell'organismo, alterandone i poteri pirogeni, sia con la produzione di veleni, sia con infiltramenti granulosi minimi, profittando di un mutamento di energia (traumi, iperlavoro, freddo umido) ed in individui predisposti.

Ed invero scorrendo le storie cliniche dei vari casi descritti, si vede che spesso l'insorgenza della febbre è contrassegnata da strapazzi fisici, intellettuali, bagni, cure balneari, febbri varie, ecc., ed anche nel caso in esame la febbre insorse dopo che l'ammalato aveva già superato l'attacco influenzale. A. POZZI.

Le forme anatomo-cliniche delle arteriti polmonari nei sifilitici.

(M. LAMBRY e MARCEL THOMAS. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 gennaio 1927).

Gli AA. formano due gruppi di arteriti polmonari: le arteriti sifilitiche e le sclerosi arteriose. Queste lesioni vanno suddivise in:

1) Arteriti polmonari specifiche pure o primitive.

2) Arteriti polmonari associate.

3) Le sclerosi dell'arteria polmonare.

1) Le arteriti polmonari specifiche o primitive comprendono 3 forme:

A) Forma tipica a sintomatologia completa. — Clinicamente caratterizzata da dispnea, emottisi, cianosi, rinforzo del 2° polmonare. Tardivamente tachicardia, galoppo, soffio d'insufficienza polmonare funzionale.

Radiologicamente: distensione delle cavità destre e dell'infundibolo polmonare, distensione dell'arteria polmonare. Ombre ilari aumentate di volume e pulsatili.

Queste arteriti hanno tendenza evolutiva, rapidamente appare l'insufficienza ventricolare d. e le tipiche complicazioni (trombosi, aneurisma). Istologicamente si riconosce l'alterazione sifilitica delle tre tuniche arteriose.

Tale forma è molto rara.

B) Arterite polmonare trombosante all'inizio. — Mancano i segni funzionali premonitori. Bruscamente il malato avverte un dolore al torace, presenta emottisi abbondanti ripetute e clinicamente si hanno i segni di un infarto. Solo l'anatomia patologica permette di attribuire questa trombosi alla vera origine.

Gli AA. illustrano un caso di tal genere.

C) Aneurismi dell'arteria polmonare. — Solo gli aneurismi sacciformi devono essere piazzati fra di essi, perchè sicuramente di origine sifilitica; mentre le semplici dilatazioni, più frequenti, possono appartenere ad alcune cardiopatie.

Clinicamente in questi casi si nota:

Presenza di segni di arterite a cui si aggiungono, talvolta, un fremito a livello del 2° spazio intercostale sin. ed un doppio soffio. Sintomatologia che ricorda talora quella di un tumore mediastinico. Radiologicamente il vero aneurisma ha per sè la discordanza fra il debole volume dell'arco medio in una posizione e il suo aumento in un'altra (obliquo anteriore).

In uno solo dei casi osservati clinicamente, gli AA. hanno avuto la conferma anatomica.

2) Arteriti polmonari secondarie o associate.

A) Arteriti secondarie alla sifilide bronchiale. — Sono le forme di arteriti polmonari descritte da Escudero caratterizzate da tre elementi: la sifilide bronchiale, la sclerosi obliterante dell'arteria polmonare, la cianosi.

B) Arteriti polmonari e aortiti sifilitiche. — Si riteneva che la sifilide colpisse l'aorta e rispettasse il circolo polmonare. Ora numerose osservazioni cliniche mostrano come frequentemente possano essere colpite l'aorta e la polmonare dalla sifilide; talora con prevalenza delle lesioni dell'aorta talora con prevalenza delle lesioni polmonari.

3) Sclerosi dell'arteria polmonare nei sifilitici. A lato delle forme dove l'origine sifilitica è

certa, dove la lesione costantemente è evolutiva, vi è una 3ª categoria di forme dove il compito della sifilide è possibile ma discutibile: sono le sclerosi della polmonare nei sifilitici.

Si tratta clinicamente di vecchi bronchitici nei quali la cianosi appare tardivamente. L'evoluzione della loro sclerosi è lenta mai interrotta da accidenti acuti. Si tratta di un'insufficienza ventricolare destra progressiva; talora pura, quando la sclerosi si limita all'aorta, talora associata, quando la sclerosi è generalizzata.

Anatomicamente si è colpiti dalla scarsezza delle lesioni macroscopiche che si riducono ad alcune placche ateromatose, talora assenti.

Al microscopio si nota una mesarterite sclerosante, senza grande infiltrazione leucocitaria, la quale non permette alcuna conclusione sulla natura dell'infezione.

Queste forme tutte debbono esser presenti nella diagnosi delle cianosi acquisite o anche nei casi in cui manca la cianosi ed esistono emottisi nel corso di aortiti sifilitiche e per le quali nè l'insufficienza ventricolare, nè un'endocardite destra trombosante, nè un'affezione polmonare intercorrente danno una spiegazione plausiva e soddisfacente.

MEO-COLOMBO.

Sindrome di Addison da sifilide secondaria.

(OTTERSTRÖM. *Acta Dermato-Venerologica*, n. 437).

L'A. osserva che le surrenali sono talora più o meno interessate anche nella sifilide secondaria, nella quale non è rarissimo osservare una debolezza generale con pigmentazione della cute. Ricorda il caso di un marinaio di 33 anni che circa due mesi dopo l'ulcera dura mostrò una sindrome addisoniana abbastanza netta (pigmentazione, debolezza generale, bassa pressione arteriosa). Non vi erano altre cause di pigmentazione cutanea, la cutireazione di Pirquet era negativa, la R. W. positiva. Una cura mercuriale fece sparire ogni disturbo.

DORIA.

TERAPIA.

Il trattamento dietetico ed insulinico del diabete.

(JANSE e MÜLLER. *Münchener Medizinische Woch.*, 1927, n. 4).

La cura del diabete prima della scoperta dell'insulina consisteva essenzialmente nella modificazione della dieta intesa a ridurre o ad eliminare la introduzione di idrati di carbonio. Generalmente si suggerisce un'alimentazione contenente gr. 0.50-0.75 di albumina e 20-25 calorie per chilogramma di peso del paziente, il che si ottiene con cibi a base di legumi nella quantità di 800-1000 gr. e grassi in quantità tali da sopperire alla deficienza di calorie. Con tale dieta si somministra in effetti un'alimentazione sufficiente e atta a far scomparire lo zucchero tanto nei casi gravi che leggeri di diabete. Purtroppo però non sempre si riesce a far perseverare il paziente ad alimentarsi in modo sì fatto, e non sempre l'alimentazione stessa è alla portata di tutte le borse.

Una volta ottenuta la scomparsa della glicosuria si può a poco a poco aumentare la quantità di idrati di carbonio fino al limite di tolleranza, ossia fino a quando non ricompare lo zucchero nell'urina.

Non è il caso di dire che ogni paziente deve essere studiato singolarmente per saggiare la reazione alla dieta modificata, e che comunque non si devono mai abolire del tutto gli idrati di carbonio, come non si deve eccedere nella somministrazione di sostanze azotate. Bisogna tener presente che anche non esagerando nei detti due sensi, la dieta provoca uno stato di decadimento generale, diminuzione delle forze, e qualche volta acetonuria.

La scoperta dell'insulina ha reso molto meno rigoroso il regime dietetico dei diabetici. Al principio del trattamento si può consentire un'alimentazione con gr. 1-1,50 e 30-35 calorie per ogni kgr. di peso ed anche più quando si tratti di persone che lavorano molto. Si possono dare legumi ed anche una certa quantità di amidacei. Dopo alcuni giorni di questa dieta si proporzionerà l'alimentazione alla quantità di zucchero contenuto nell'urina, ed intanto si somministreranno dosi progressivamente d'insulina fino alla totale scomparsa della glicosuria.

Si può cominciare il trattamento con piccole dosi d'insulina, che poi vengono gradatamente aumentate: dapprima tre iniezioni quotidiane di 10 unità ciascuna e poi di 50 unità prima di ciascun pasto alla mattina e alla sera.

Non si può determinare in modo generale il rapporto tra la riduzione della glicosuria e la quantità d'insulina iniettata, ma di solito gli effetti sono più pronti e più sensibili quanto maggiore è la quantità di zucchero contenuta nell'urina.

Le grandi dosi d'insulina hanno forse il vantaggio di mettere in riposo il pancreas per lungo tempo e quindi di affrettare il ritorno alla funzionalità normale.

Il trattamento può essere ridotto progressivamente: si diminuiscono a poco a poco le dosi d'insulina e contemporaneamente si aumenta la alimentazione.

Talvolta quando si eccede in un senso o nell'altro, diminuzione troppo rapida dell'insulina o aumento sproporzionato della dieta, ricompare la glicosuria ed allora bisogna riaumentare l'insulina.

La scomparsa della glicosuria non indica una glicemia normale, perchè non esiste alcun parallelismo tra glicosuria e glicemia: molto spesso l'iperglicemia permane anche quando l'insulina ha fatto scomparire lo zucchero nell'urina.

Con il trattamento dietetico-insulinico si ottiene nella maggioranza dei casi aumento della tolleranza per gli idrati di carbonio, miglioramento dello stato generale, aumento del peso e delle forze.

La elevazione della tolleranza per gli idrati di carbonio si mantiene costante fino a quando il paziente si attiene alle prescrizioni dietetiche: ogni errore o eccesso dietetico fa scemare questa tolleranza e richiede un aumento della dose d'insulina.

Un altro vantaggio del trattamento insulinico consiste nel fatto che esso evita l'acetonuria che per lo passato era determinata dalla restrizione d'idrati di carbonio, anzi fa scomparire immediatamente questo disturbo. Talvolta durante la cura compaiono nell'urina piccole tracce di acetone la cui origine è oscura e che non ha alcuna importanza pratica.

I migliori effetti si ottengono con la degenza in case di cura sotto la vigilanza medica, fino a quando non si è stabilita la dose necessaria d'insulina e l'alimentazione sufficiente.

Nei casi nei quali non si raggiunge alcun'elevazione della tolleranza la glicosuria ricompare non appena si diminuisce la dose d'insulina. Si tratta di diabetici gravi per i quali tuttavia la cura determina un miglioramento nello stato generale e nel peso, ed evita l'acidosi.

È stato affermato che l'insulina provoca un'assuefazione, in effetti però la necessità di aumentare la dose d'insulina, anche dopo che è stata raggiunta la tolleranza, dipende da un aggravamento del diabete, che il più delle volte è provocato da errori dietetici e dal non regolare uso dell'insulina.

I casi insulina-resistenti sono molto rari. Gli insuccessi sono dovuti o ad una non appropriata alimentazione o anche all'uso di un cattivo o inattivo preparato d'insulina.

Negli stati comatosi conviene impiegare grandi dosi d'insulina tutta in una volta: 100 unità, metà per via endovenosa e metà per via sottocutanea, e talvolta anche tutta per via endovenosa. In tali casi non è necessario somministrare idrati di carbonio per evitare l'ipoglicemia, perchè i diabetici in coma tollerano grandi quantità d'insulina senza che si determini detto fenomeno.

In alcuni casi di coma, quando il trattamento è praticato troppo tardi, l'infermo muore lo stesso malgrado la scomparsa della glicosuria, dell'acetonuria e dell'iperglicemia.

Talvolta le infezioni hanno ragione dei diabetici non ostante il trattamento insulinico: ciò è stato spiegato ammettendo che i batteri agiscono sull'insulina circolante distruggendola per modo che si ha un rapido aggravamento del male.

Nei casi di diabete e tubercolosi il trattamento dietetico-insulinico dà risultati eccellenti. In questi infermi sono necessarie dosi d'insulina più elevate per permettere un'alimentazione più abbondante.

La sproporzione tra dosi d'insulina e la quantità di idrati di carbonio introdotti provoca la così detta sindrome ipoglicemica. Gli autori ritengono che questa sindrome non sia legata effettivamente alla riduzione del tasso del glucosio nel sangue perchè essa talvolta si presenta malgrado esista una glicemia normale, mentre non si ha quando l'ipoglicemia è prodotta da alimentazione deficiente, come si è potuto constatare durante la guerra. Tenendo conto che le convulsioni che si presentano durante tale sindrome hanno molto somiglianza con la tetania paratiroidea, si può ammettere che essa non sia dovuta all'impoverimento di zucchero nel sangue, ma sia la conseguenza di una deviazione della reazione del sangue verso il senso alcalino. Si tratterebbe di un'alcalosi simile a quella della tetania paratiroidea.

DR.

MICROBIOLOGIA.

Gli spirocheti cecali.

(G. SANARELLI. *Annali d'Igiene*, marzo 1927).

Gli spirocheti, segnalati già da molti anni, specialmente nell'apparato digerente, erano stati considerati fino a qualche decennio addietro come innocui commensali appartenenti alla flora ricca e variata, che è ospite inseparabile delle ultime porzioni del canale digerente, soprattutto del cieco. Il primo a segnalarne la presenza nelle deiezioni dei colerosi fu Escherich; poco tempo dopo, l'A. ebbe a mettere in rilievo nelle cavie infettate sperimentalmente con vibrioni di Massaua l'enorme quantità di spirocheti che vi si trovavano e che apparivano in alcuni preparati quasi in cultura pura. Nell'ultimo ventennio, la letteratura sulle spirochetosi intestinali si è venuta arricchendo di molto e quantità imponenti di spirocheti furono osservate, oltre che nel colera

nostras ed asiatico, in svariate affezioni dell'apparato digerente. Può dirsi quindi che la spirochetosi intestinale costituisce una manifestazione assai frequente di quasi tutte le forme di patologia digestiva, non soltanto nell'uomo, ma anche negli animali.

La presenza di spirocheti anche in buone condizioni generali dell'individuo, è stata poi accertata nell'apparato digerente di molti animali e nell'uomo, anche in diverse manifestazioni morbose extraintestinali; basti citare la broncospirochetosi di Castellani, l'associazione fuso-spirillare di Vincent ed altre.

Nell'uomo, le spirochetosi intestinali si osservano di preferenza nelle regioni e nelle stagioni calde e nei disordini dell'apparato digerente soprattutto dovuti a cattiva o deficiente nutrizione ed è forse per questo motivo che esse sono state segnalate con grande frequenza durante l'ultima guerra.

Grandi difficoltà però si offrono quando si voglia fare il differenziamento e la classificazione degli spirocheti. Grande è di fatto il polimorfismo di questi esseri e la suddivisione in diversi tipi, basata sulla loro morfologia è ben lungi dall'essere soddisfacente. Alcuni riducono le diverse specie a due sole, la boccale e l'intestinale che però, per l'omeomorfismo che presentano, possono considerarsi come appartenenti ad un ceppo comune. Nemmeno poi può accettarsi la classificazione basata sul diverso grado di commensalismo e di parassitismo patogeno, poichè le differenze di virulenza non possono servire a distinguere o creare specie microbiche.

Fino ad oggi non si presentava quindi possibile una classificazione razionale degli spirocheti e nemmeno si potevano avere in proposito delle sicure nozioni biologiche perchè era stato impossibile ottenere una cultura pura di spirocheti, problema che aveva sfidato i più ingegnosi e pazienti tentativi della tecnica batteriologica. Tutte le ricerche di coltura pura sono di fatto riuscite fin qui infruttuose, in causa della tenace ed insopprimibile simbiosi di varî altri microbi.

Ciò è invece riuscito all'A. con l'uso del sangue defibrinato e fresco di cavia o di coniglio isolando il germe dal sangue del cuore di una cavia.

Già dopo 24 ore a 37°, il mezzo formicola di microbi dall'aspetto di vibrioni più o meno incurvati; solo dopo due giorni si incominciano ad osservare piccoli spirilli e, nei giorni successivi, il mezzo diventa una coltura quasi omogenea di soli spirocheti molto caratteristici che raggiungono spesso lunghezze di 100 e più μ, costituendo talora folti e grossi cespugli. A partire dal quinto giorno, poi, incomincia la lisi e l'intera coltura si trasforma in una sospensione di piccolissimi granuli di vario diametro, non molto bene colorabili, da cui, in altro mezzo sanguigno fresco, possono riprodursi nuove generazioni di spirocheti. La conservazione in vita di questo microorganismo però è sempre assai difficile e precaria; se poi le colture si contaminano, sono da considerarsi perdute poichè non si riesce mai a liberarle.

Ottenuta una florida coltura in sangue defibrinato, si possono avere delle subculture in quasi tutti i mezzi nutritivi; per la semina però si rende necessario l'uso della pipetta anzichè dell'ansa di platino dovendosi insemenzare molta quantità di materiale. Nel brodo e nell'acqua peptonata, contenenti sangue, lo sviluppo è un po' più lento, ma segue le stesse fasi. In tali mezzi si ha, dopo un certo tempo, la formazione di melanina, fatto importante per la conoscenza della biologia di questi microbi e perchè tale formazione viene osservata per la prima volta in vitro, per l'azione diretta di microorganismi.

Gli spirocheti possono adattarsi anche alle condizioni di vita anaerobia; manca però allora la formazione di melanina; in tali condizioni la loro vitalità si mantiene più a lungo (anche dopo due mesi) ed il loro sviluppo è più scarso; inoltre, gli spirocheti si presentano meno tipici e con uno spiccato pleomorfismo.

Compaiono poi nelle colture pure, degli spirocheti a forma nettamente bacillare, che talora assumono aspetto fusiforme, ciò che potrebbe far sorgere l'ipotesi di un'origine comune di queste due forme, dei bacilli fusiformi e degli spirocheti, nelle associazioni fuso-spirillari.

Le forme giovani, virgolate, hanno una spiccata mobilità, pari a quella dei vibrioni colerici; con una certa difficoltà si riesce a mettere in evidenza in esse un ciglio terminale; le forme più adulte e lunghe si spostano con torpidi movimenti serpentini.

La coltura riesce anche in mezzi semisolidi (di Noguchi, di Sette) o solidi (agar semplice) ed in mezzi liquidi privi di sangue, in cui però lo sviluppo è sempre assai stentato. Condizione essenziale per la riuscita è la semina di abbondante materiale.

Oltre alla grande sensibilità agli acidi, una delle più spiccate esigenze culturali di questi microbi rimane però quella del sangue, specialmente delle emazie. E questo spiega perchè essi si riscontrino in grande quantità soprattutto in quei prodotti patologici (sputi emottoici, diarrea sanguinolenta, ecc.), che sono più o meno ricchi di sangue. Vi è stato persino qualche autore che ha emesso l'ipotesi che agli spirocheti si dovessero

attribuire le emottisi, perchè la loro scomparsa coinciderebbe di solito con la soppressione dell'espettorato sanguigno. Le osservazioni del Sanarelli dilucidano questo fatto, in quanto che gli spirocheti si sviluppano abbondantemente in presenza di sangue e scompaiono con la scomparsa di questo, come avviene anche quando, eliminata mediante adatto trattamento una diarrea sanguinolenta, si vedono arrestarsi le abbondanti scariche fecali di spirocheti.

Il fatto poi che la vita quasi anaerobica in terreni semisolidi permette una maggiore sopravvivenza ed un più abbondante sviluppo spiegherebbe il perchè, nella maggior parte delle manifestazioni patologiche extra-intestinali caratterizzate dalla presenza di spirocheti, questi si trovino associati ad altri microbi (angina di Vincent, gangrena polmonare, ecc.), che, con la loro simbiosi, creerebbero la condizione di anaerobiosi.

Tenuto conto della estrema variabilità di forme, è ben naturale che debbasi considerare come soggetta a completa revisione l'attuale classificazione e la stessa nomenclatura degli spirocheti, almeno quelli descritti nelle localizzazioni nasali, laringee, tracheali, bronchiali, alveolari, pleuriche, appendicolari, coliche, cecali, sigmoido-rettali, ecc., perchè basate in modo esclusivo su indici puramente morfologici, cioè su elementi variabili ed incerti. Non è poi da escludersi la possibilità di una unificazione o, almeno, di una grande semplificazione dei molteplici tipi, specialmente di quelli descritti nell'apparato digerente; forse, come per i colibacilli, famiglia microbica sommamente svariata, si deve trattare di pochissime specie od anche di una sola.

Ammessa poi, come appare evidente, l'origine boccale degli spirocheti intestinali, non si dovrebbe accettare l'ipotesi di un loro trasporto puramente meccanico e, quindi, del loro banale passaggio attraverso la barriera gastrica. Tenuto invece conto di quanto l'A. ha già dimostrato relativamente alle vie tenute da tutti i microbi asporigeni per raggiungere, dal cavo orale, le ultime porzioni del canale digerente, dove si compie una continua escrezione parietale di batteri provenienti dalle superfici mucose in contatto con l'ambiente esterno, e tenuta altresì presente la estrema sensibilità agli acidi degli spirocheti, è evidente che il trapasso di questi microbi, dalla cavità orale al contenuto cecale, non potrebbe effettuarsi in alcun modo attraverso lo stomaco, ma unicamente per via sanguigna.

AZIONE DEGLI SPIROCHETI CECALI NELL'ORGANISMO ANIMALE.

Le proprietà patogene degli spirocheti buccali, respiratorii od intestinali sono, finora, apparse sperimentalmente poco dimostrabili e poco concludenti. I fautori della tesi della patogenicità degli spirocheti dichiarano che gli insuccessi di ordine sperimentale non possono infirmare i risultati positivi, che emergono dall'osservazione pratica fatta nell'uomo. In realtà però, la mancata conferma dell'azione patogena mediante le prove di laboratorio lascia alquanto dubbiosi sull'importanza patogenetica di questi germi.

L'A. ha praticato esperienze di inoculazione dello spirochete cecale, da lui isolato dalla cavia e che egli non intende affatto identificare con i diversi spirocheti intestinali o buccali finora descritti.

Negative sono state le inoculazioni nei topolini, nei ratti albini, nei cani e gatti neonati, nelle scimmie. Invece, nelle arvicole, l'iniezione endoperitoneale è seguita da morte per infezione generale da *B. proteus* o da altri batteri « di sortita ». Analoghi fatti si osservano per le cavie neonate, nelle quali si ottengono poi colture pure di spirochete con le seminagioni del sangue.

Interessante è quanto si osserva nel coniglio. Le iniezioni nella camera anteriore dell'occhio provocano ulcerazione corneale ed intensa iridociclite, che dopo pochi giorni guarisce, lasciando un piccolo leucoma corneale. Ma se, contemporaneamente all'iniezione di spirocheti in un occhio, si iniettano degli stafilococchi nell'altro, quest'ultimo va in preda a panoftalmite purulenta che lo distrugge; 12-18 giorni dopo, nell'occhio inoculato con spirocheti e già guarito, si manifesta irite, seguita da panoftalmite e perdita dell'occhio. In questa classica oftalmia simpatica, balza evidente l'azione predisponente o di richiamo a distanza esercitata dal proteide spirochetico iniettato in un occhio sugli stafilococchi iniettati nell'altro.

Come gli spirocheti favoriscono lo stafilococco, così questo favorisce lo sviluppo di quelli. Ciò l'A. ha potuto osservare anzitutto *in vitro*, seminando gli spirocheti in brodo, simultaneamente o dopo 24 ore dalla semina dello stafilococco; le colture dei primi sono allora assai rigogliose e riescono anche se la semina è fatta, non già con la pipetta, ma con l'ansa. Se però le colture sono vecchie, o si fanno molti trapassi, le seminagioni di spirocheti rimangono infruttuose. Ciò fa pensare che l'azione favoreggiatrice dei microbi simbioti si effettui soltanto entro certi limiti.

Anche con esperienze sui conigli può dimostrarsi la importanza di queste simbiosi. Del resto, nell'uomo, svariate condizioni patologiche sono caratterizzate da presenza di spirocheti associati con altri batteri, i quali ultimi creano, coi loro prodotti di ricambio e con l'azione biochimica, l'ambiente adatto perchè i primi possano svilupparsi ed effettuare la loro opera preliminare di attacco in danno dei tessuti normali, in prossimità dei quali gli spirocheti si trovano più abbondanti. Con ciò si deve supporre nei microbi associati l'esistenza di attitudini biologiche distinte, forse singolarmente incapaci di effetti patogeni, ma culminanti e convergenti in azione associata, che si traduce in un'azione patogena ed anche specifica.

*
* *

Risulta quindi dalle osservazioni dell'A. che è possibile coltivare allo stato di purezza gli spirocheti del tubo digerente; trattasi probabilmente di microbi di origine buccale, molto fragili e difficili a coltivarsi ed a conservarsi, quasi del tutto sprovvisti di azione patogena, che trovano nell'intestino condizioni particolarmente favorevoli al loro arricchimento e sviluppo.

Al pari dei vibrioni colerici, sono provvisti di un certo tropismo intestinale; non è quindi da escludersi che, nell'uomo, essi siano in grado di intervenire attivamente anche nella produzione di enteropatie acute o croniche, di origine, non già enterogena, ma ematogena, o meglio, stomatogena, come si debbono ritenere tutte le enteriti di natura microbica.

L'azione patogena di questi spirocheti si esplicherebbe più che altro in un potere tossico diretto, causato dal loro stesso proteide. Quando poi sopraggiungano condizioni patologiche nell'ambiente intestinale, specialmente con presenza di sangue, gli spirocheti trovano condizioni di vita e di proliferazione migliori. La loro comparsa in grande quantità nelle defecazioni umane può quindi avere il valore semeiologico di condizioni anormali del crasso.

Gli spirocheti però rimangono soprattutto, di regola, degli innocui parassiti commensali o simbiotici; e questo è probabilmente il loro compito abituale, ovunque riescano ad attecchire ed a moltiplicarsi.

Il che non toglie che in contatto di tessuti lesi o, comunque, divenuti poco vitali, oppure se associati a microbi favoreggiatori, specialmente proteolitici, gli spirocheti possano esaltare le loro attività biologiche ed agire da patogeni o, per lo meno, risultare non del tutto indifferenti.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Traité de physiologie normale et pathologique (sotto la direzione del prof. G. H. ROGER). Masson et Cie, editori, Parigi.

Questo nuovo trattato di fisiologia normale e patologica consta di 16 volumi di cui due hanno visto testè la luce: il 7° « Sangue, linfa e reazioni di immunità » e l'XI « Riproduzione e Crescenza »; gli altri 14 libri sono in corso di stampa.

L'opera è redatta dai più autorevoli nomi scientifici francesi; l'impressione che si riceve dall'esame di questi due primi volumi è delle più favorevoli, tanto più che le questioni fisiologiche sono ivi sempre riportate ad un punto di vista pratico. Ovunque si potrà trovare un conforto che collabori a chiarificare i più moderni problemi della fisiopatologia.

Il volume VII si divide in vari capitoli nei quali è esposta la somma delle odierne cognizioni sulla morfologia, la fisico chimica e la patologia del sangue e dell'apparato linfatico, tenendo presenti tutti quei dati che alla fisiologia vengono forniti dalle scienze affini, corredati da quei risultati che in questi ultimi anni sono stati forniti dalle tecniche più perfezionate e più scrupolose. Infine J. Bordet redige una storia molto chiara delle reazioni di immunità ed A. Besredka espone in modo brillante la dottrina dell'anafilassi.

Il volume XI compie una disamina accurata di tutti i problemi della riproduzione, passando dallo studio fisiologico degli organi e dei prodotti sessuali, della fecondazione e della gestazione a quello della crescenza, fermandosi ad esaminare prima le funzioni del neonato e del lattante e seguendole poi nel loro progressivo sviluppo, tenendo conto particolarmente, per ciò che riguarda la crescita, delle più moderne cognizioni di embriologia e di endocrinologia.

D'altro canto in questi primi due volumi le questioni sono tutte esaminate e criticate senza troppo dilungare in quesiti puramente scientifici: ogni capitolo è elaborato per tutto ciò che serve conoscere; riuscirà molto utile a tutti il prendere conoscenza di questa nuova vasta pubblicazione.

R. GOSIO.

H. ZONDEK. *Die Krankheiten der endokrinen Drüsen.* Springer, Berlino, 1926.

La II Ediz. di questo libro di Zondek, noto cultore di endocrinologia e della patologia del S. N.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

vegetativo, esce a tre anni di distanza dalla I notevolmente accresciuta. I numerosi studi, quotidianamente in aumento, sulle gh. a secrezione interna rendono rapidamente un'opera vecchia in molte sue parti.

Se oggi diviene sempre più difficile lo scrivere un trattato anche se si limita ad uno soltanto dei campi della medicina, scrivere un libro sulle malattie delle gh. a secrezione interna costituisce un compito quanto mai arduo.

La difficoltà di fissare in un trattato che aspiri ad una fine non rapida i risultati concreti di un così esteso movimento, di sistemare gli innumeri studi ancora prevalentemente analitici in una sintesi che risponda alle esigenze effettive della clinica, è duplice: nella cernita di quanto v'è non solo di nuovo ma anche di buono e di sicuramente acquisito in tutta questa enorme mèsse di pubblicazioni non sempre sottoposte ad un severo ed onesto controllo; nel saper trovar posto anche per il vecchio, sancito da un'osservazione clinica matura di esperienza e di conferme. Tutto ciò richiede spirito sereno, abitudine di sana critica, ponderata cultura ed esperienza clinica.

Il libro dello Zondek costituisce un'opera in cui appare molto bene sviluppato tutto il più moderno movimento seguito dalla endocrinologia non solo nel campo della diagnostica e della fisiopatologia ma anche in quello della terapia che trova sempre ampia trattazione.

Il volume è ricco di numerose ed assai belle figure quasi tutte appartenenti alla casistica dell'A. e ciò rende l'opera ancora più interessante e personale. D. MASELLI.

Funktionsprüfung Innerer Organe. II Edizione. Springer, Berlino, 1927.

La compilazione di questo libro sull'esame funzionale degli organi interni è opera di AA. che già ci erano noti per aver trattato gli stessi argomenti in singoli articoli comparsi recentemente in periodici tedeschi; tali articoli costituiscono ora altrettanti capitoli del libro che ci vien presentato. La metodica delle varie ricerche non è trattata sistematicamente. Vengono invece dettagliatamente descritte, e con precisione, le modificazioni funzionali e le alterazioni dei vari apparati che si determinano nei differenti stati di alterata funzione e nelle malattie di ciascun organo interno; sono così ricordati i metodi ed i mezzi per porle in rilievo.

Il libro appare come una felice sintesi degli studi fatti in questo campo dando una precisa visione dei progressi raggiunti a tutt'oggi con il nuovo indirizzo battuto dalla Medicina clinica e sperimentale.

D. MASELLI.

BECART A. *Le sang.* Vol. in-8° di pag. 140 con 51 fig. e 1 tav. fuori testo. G. Doin, Paris, 1927. Fr. 18.

In questo piccolo libro, scritto specialmente per il medico pratico, l'A. mostra l'interesse che offre lo studio del sangue dal punto di vista ematologico. *L'esame di un preparato di sangue*, egli dice, *deve entrare nella pratica corrente*, e con la lettura di queste poche pagine, ogni medico può essere in grado non solo di eseguire correttamente un preparato di sangue ma anche di interpretarlo facilmente.

In pochi capitoli molto concisi, quali il sangue nelle infezioni, lo stato anemico, lo stato leucemico, l'anemia splenica, le sindromi emorragiche, l'A. tratta le modificazioni sanguigni riscontrate nel corso di queste affezioni ed espone il modo di stabilire una diagnosi ematologica e un trattamento razionale. A. POZZI.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden hgg. v. E. ABDERHALDEN. Lieferung 222. Teil 4, H. 5. Berlin, Urban e Schwarzenberg, 1927. Mk. 7.20.

Questo fascicolo fa parte del volume concernente le ricerche sui tessuti, sui vari liquidi, sul sangue e sulla linfa. Esso tratta delle varie ricerche sui transudati ed essudati. È stato compilato dal Lampé e dal Grossmann di Monaco ed espone minutamente tutti i metodi impiegati nelle varie indagini fisiche, chimiche e batteriologiche che si possono eseguire sui liquidi estratti con punture esplorative, siano essi transudati od essudati. In questo fascicolo trovano dettagliato svolgimento anche tutti i micrometodi più recenti. TR.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Lieferung 203. Urban e Schwarzenberg. Berlin, 1926. Mk. 5.70.

Questa puntata contiene 2 capitoli particolari concernenti metodi di ricerca nel campo delle sostanze per la nutrizione. Il primo, compilato dal Manteufel di Berlino riguarda le ricerche serologiche sui mezzi nutritivi, e tratta diffusamente dei metodi di precipitazione, di deviazione del complemento e di anafilassi. Il secondo, brevemente esposto dall'Abderhalden stesso, si riferisce ai metodi biologici in uso per lo studio delle sostanze e dei mezzi nutritivi. TR.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Parte VIII. *Methoden der experimentellen morphologische Forschung.* Dispensa 171. Un vol. in 8° di pag. 149. Urban e Schwarzenberg, ed. Berlino, Prezzo Marchi 6,30.

In questa puntata del voluminoso trattato diretto da ABDERHALDEN, ERNST LEUPOLD tratta il ricambio dei lipoidi, del glicogeno e dei pigmenti.

fil.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Div. IV: *Metodi chimici e fisici di uso corrente.* Parte V, IIa metà, fasc. 2. Edit. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1927. Mk. 8,10.

Fa parte del grande trattato diretto da Abderhalden e come gli altri fascicoli contiene argomenti che interessano il pratico e argomenti che hanno un interesse strettamente scientifico. Così Oelze tratta ampiamente della uretroscopia e della cistouretroscopia, David delle indagini radiologiche moderne per la diagnosi delle malattie degli organi genito-urinari. Nella parte più strettamente scientifica vi è un capitolo di Asher sui metodi di studio della secrezione orinaria negli animali da esperimento e di Becher sulla tecnica della nefrectomia a scopi sperimentali.

Valdoni.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

I Convegno della Stampa Medica Latina.

(Parigi, 28 aprile-1° maggio 1927).

Le affinità di stirpe, di tradizioni, di lingua, di pensiero hanno portato ad un affiatamento dei più completi tra i rappresentanti della stampa medica in questo indovinatissimo Convegno, che, naturalmente, ha assunto anche una tinta politica, poichè ha costituito un'affermazione della latinità nel campo intellettuale, e sono gl'intellettuali che preparano o precorrono gli avvenimenti politici.

Un lavoro organico e intensivo di preparazione e di propaganda era stato compiuto da Pierra, il promotore effettivo del convegno, ed aveva assicurato l'adesione delle Associazioni nazionali della stampa medica, fissato un buon numero di relazioni su argomenti vivi, ottenuto il concorso di numerosi relatori dei vari Paesi rappresentati.

Abbiamo già dato la cronaca e un *aperçu* generale del convegno, nel quale ha avuto una parte di prim'ordine il nostro prof. Ascoli. Qui ci limiteremo ad aggiungere un sunto degli argomenti tecnici trattati e delle discussioni.

Federazione della Stampa Medica Latina.

Venne costituita la Federazione e ne fu approvato lo statuto, già predisposto dal Pierra.

Come V. Ascoli ebbe a rilevare, questo Ente non deve pregiudicare la ricostituzione della Federazione internazionale, quale si aveva prima della guerra. Intanto è bene di venire ad una intesa più intima tra popoli affini e che possono costituire un blocco quasi omogeneo.

La produzione editoriale medica italiana ha tutto da guadagnare da questa intesa, essendo pur troppo insufficientemente conosciuta e non apprezzata al suo giusto valore in molti paesi neo-latini, dove dovremmo essere presenti.

Relazioni.

Unificazione della terminologia medica; classificazione e bibliografia della letteratura medica.

Rondopoulos (Atene), relatore, mette in rilievo la necessità di stabilire intese dirette a sancire criteri unici e precisi nella terminologia medica. Propone che si adotti, di preferenza, una nomenclatura basata sull'etimologia greca e che siano proscritti i sinonimi, i quali provocano errori e confusioni; tutt'al più si potrebbe fare eccezione per i termini tratti dai nomi d'autore. Vorrebbe che i termini formati in modo scorretto fossero sostituiti da termini nuovi.

Mirande (Parigi), correlatore, per quanto concerne la classificazione della bibliografia, preconizza il sistema decimale; ricorda gli sforzi fatti da Richet e da Marcel Baudoin per diffondere questa classificazione, la quale è già largamente adottata nei paesi anglo-sassoni.

Discussione.

Œconomos (Atene) insiste sulla necessità d'impiegare il greco nella terminologia e segnala alcuni termini molto usitati, la cui formazione non è corretta: per es. « azotemia » dovrebb'essere sostituito da « uriemia ».

Fruictier (Parigi) chiede che venga nominata una commissione incaricata di studiare non solo la terminologia medica e la redazione delle referenze bibliografiche, ma la forma generale degli articoli, l'opportunità che rechino dei sotto-titoli e delle conclusioni, come pure la limitazione dei formati dei periodici — oggi variabilissimi — al più ristretto numero possibile.

A. Chaoay (Parigi) presenta alcuni *desiderata*, in particolare sulla disposizione della bibliografia alla fine dei lavori, sulla redazione degli indici, sull'impaginazione, ecc.

Lematte (Parigi) chiede che medici e biologi indichino la composizione dei tessuti e degli alimenti con gli stessi simboli; in particolare vorrebbe che i risultati delle analisi fossero sempre riferiti a 100 di materia secca e a 100 di materia umida, per esprimere la quantità d'acqua, e che questi risultati fossero tradotti da simboli riferentisi alle basi idrate e agli acidi idrati.

Gautrelet (Parigi) vorrebbe che fosse insegnata agli studenti la bibliografia: come raccoglierla, come utilizzarla, come presentarla.

M. Tecon (Losanna) vorrebbe che si redigesse e pubblicasse un dizionario poliglotta, per quanto è possibile completo, della terminologia medica; che si provvedesse anche a pubblicare un periodico destinato a raccogliere tutta la bibliografia medica ed a dare i riassunti brevi, in lingua latina, dei lavori originali; mostra un modello delle referenze bibliografiche, quali oggi dovrebbero essere compilate.

PIERRA (Parigi) conviene sulle proposte generali avanzate dai relatori; crede difficile però di creare una terminologia nuova per sostituire i termini non corretti: teme che non si farebbe altro se non aumentare la confusione. Si associa in larga misura alle proposte di Tecon; all'uopo suggerisce la nomina di una commissione, che comprenda almeno un delegato per ogni lingua e che stabilisca una specie di dizionario, il quale indichi gli equivalenti dei termini medici da una lingua all'altra.

RONDOPOULOS, relatore, emette il voto che i governi delle diverse nazioni latine ed il governo greco iscrivano nei loro bilanci della pubblica istruzione una sovvenzione destinata a facilitare la redazione del dizionario dei termini medici. A sua richiesta, la riunione decide che delle pratiche saranno fatte in tal senso presso i governi rappresentati.

La proprietà letteraria e la stampa medica.

H. RIBADEAU-DUMAS (Parigi), relatore, consigliere giuridico dell'Associazione della Stampa medica francese, prospetta lo stato attuale della legislazione per la difesa del diritto d'autore, non solo in Francia, ma nelle principali Nazioni latine. Risulta che i medici autori d'articoli di periodici o proprietari di periodici sono, in generale, protetti dalle leggi. Ma affinchè la protezione sia resa effettiva, occorre che essi prendano l'iniziativa dell'azione. Si dovrebbe organizzare una difesa, diretta ad evitare ogni spoliazione, e costituire degli aggruppamenti che avessero personalità civile; gioverebbe all'uopo affiliarsi a sindacati o ad associazioni già costituiti e che abbiano mostrato della vitalità. Per estendere la protezione attuale, gli aggruppamenti dei varî Paesi dovrebbero collegarsi, ispirandosi alle convenzioni di Berna e di Montevideo. Chi rende noti studi, ricerche, scoperte, procedimenti tecnici, apparecchi, prodotti terapeutici, reca un benefizio all'umanità; è giusto che a sua volta egli sia protetto e che questa tutela si estenda a tutti i Paesi.

V. GARDETTE (Parigi), correlatore, osserva che i diritti degli autori sono, in generale, ben protetti, sotto i varî titoli di: edizione, riproduzione, traduzione, adattamento. È tutelata anche l'espressione orale del pensiero (conferenze o lezioni). L'opera intellettuale costituisce, oggi, un patrimonio al quale nessuno può attentare; soltanto l'autore può alienarla in tutto o in parte, temporaneamente od in modo definitivo; il diritto è trasmissibile agli eredi; chiunque lo infranga si espone ad un'azione giudiziaria, che può estendersi a tutti i cooperatori o sollecitatori della riproduzione illecita: autore, editore, stampatore, libraio e può essere così civile come penale.

Invece non è protetto l'editore, i cui diritti — salvo intese in contrario — s'intendono limitati alla prima edizione. Anche quando l'autore ha ceduto definitivamente la sua produzione, conserva un diritto di vigilanza e può opporsi a che siano modificate la forma o lo spirito della sua opera.

H. ALCOSTA (Saragozza), correlatore, dopo alcune premesse generali, rileva che la legge spagnola protegge interamente le manifestazioni letterarie e dà all'autore, mediante certe formalità, il monopolio dello sfruttamento della sua opera, interdicendone la riproduzione e la trasformazione, limitando il diritto di citazione e disciplinando il trasferimento della proprietà. Se non che, tutto ciò che un periodico pubblica, allorchè non viene fatta riserva espressa dei suoi diritti, in modo generale o alla fine di ogni articolo, può essere riportato da altri periodici. È così che alcune riviste mediche sono composte di articoli attinti liberamente in altre riviste. Si tratta di pubblicazioni con scopo esclusivamente commerciale, ma che cagionano dei pregiudizi alla stampa seria, la quale non risulta abbastanza difesa.

Il relatore vorrebbe che i lavori originali pubblicati in una rivista non potessero venire riprodotti, senza un'autorizzazione *espressa* della rivista che ne è proprietaria.

V. ASCOLI (Roma) dimostra come la legge italiana del novembre 1926 sulla proprietà letteraria e in genere sui diritti d'autore tuteli in modo completo le pubblicazioni, siano esse scientifiche o didattiche, artistiche o di letteratura pura, qualunque ne siano il valore e la destinazione. In particolare protegge gli autori di memorie e articoli pubblicati in periodici di medicina ed estende i suoi benefizi ai periodici stessi, riconoscendo che questi appartengono ai loro editori per tutto ciò che concerne il contenuto. Le memorie e gli articoli dei periodici hanno dunque due proprietarî: l'autore e l'editore (e per questi il direttore). La legge italiana viene così a fissare, meglio di tutte le altre, un duplice diritto. Potrà essere perfezionata nei dettagli, ma è la legge più organica e potrà servire da modello.

Discussione.

H. ALCOSTA (Spagna) riconosce che in Spagna i diritti degli editori non sono salvaguardati, poichè l'autore di un articolo ha diritto di autorizzarne la riproduzione, anche se il direttore della rivista vi si oppone.

V. ASCOLI (Italia) sottolinea che nella nuova legge italiana accade l'inverso: l'autore non può autorizzare la riproduzione di un articolo se non è d'accordo col direttore del periodico ove l'articolo è comparso.

E. M. PIERRA ferma l'attenzione sulla differenza radicale che sussiste fra la legislazione spagnola e quella italiana. In Spagna i diritti dell'autore prevalgono su quelli del direttore del periodico, in caso di disaccordo; in Italia i diritti dell'editore sono superiori, se si determina un conflitto, a quelli dell'autore. Non si deve dimenticare che gl'intervenuti sono in gran parte direttori e editori di periodici, e perciò conviene augurarsi che il principio adottato in Italia si generalizzi e che per tal modo i periodici medici.

la cui vita materiale è già tanto difficile, siano protetti contro la concorrenza sleale dei periodici commerciali, che vivono di ritagli alle spese della stampa medica seria. Concludendo, presenta un ordine del giorno, che viene approvato ad unanimità, secondo il quale viene espresso il voto che le legislazioni riconoscano, accanto ai diritti degli autori, quelli dei proprietari di periodici medici, sugli articoli da questi pubblicati, come pure sui disegni che li illustrano, in particolare dal punto di vista della riproduzione.

Còmpito della stampa medica nella preparazione, nell'organizzazione e nei resoconti dei Congressi medici.

Questo argomento è stato trattato da cinque relatori: DE AZEVEDO (Lisbona), TURO (Barcellona), BECKERS (Bruxelles), PAVEL (Bucarest) e F. LE SOURD (Parigi). I loro punti di vista hanno coinciso sensibilmente sotto molti riguardi e, in seguito a discussione, hanno portato a concretare un programma, al quale potranno utilmente ispirarsi in avvenire gli organizzatori dei Congressi. Lo riportiamo integralmente:

I. *Còmpito della stampa nella preparazione di un congresso medico:*

1° Il Comitato organizzatore di un congresso medico deve comprendere tra i suoi membri un rappresentante dell'Associazione della Stampa Medica del paese organizzatore, il còmpito del quale sarà di orientarne la propaganda.

2° Le informazioni e i programmi o gli annunzi destinati alla propaganda saranno partecipati, in forma concisa ed in tempo utile, a tutti i giornali senza eccezione, sia attraverso l'Associazione della Stampa Medica, sia — di preferenza — direttamente in base ad una lista fornita dall'Associazione stessa.

3° L'invio delle relazioni stampate dovrà esser fatto, per quanto è possibile, a ogni giornale iscritto, almeno otto giorni prima dell'inaugurazione del Congresso.

II. *Còmpito della stampa medica durante il Congresso:*

4° I rappresentanti dei giornali o delle Associazioni della stampa che abbiano fatto conoscere l'intendimento di pubblicare il resoconto dei lavori, sono iscritti, d'ufficio, quali membri del Congresso. Godono degli stessi diritti e ricevono gli stessi inviti degli altri congressisti. È semplicemente corretto di permettere loro di assistere alle riunioni di cui dovranno poi rendere conto.

5° Tutte le sere essi ricevono dalla segreteria i sunti delle comunicazioni fatte nella giornata, come pure i sunti delle discussioni, tradotti, per quanto è possibile, nelle lingue ufficiali del Congresso.

6° È desiderabile che il nome di ciascuno degli oratori che prendono parte alla discussione sia scritto, molto leggibilmente, su di una lavagna, al momento in cui egli prende la parola.

7° Ogni comunicazione per la quale non saranno stati rimessi dei sunti per tutti i giornali rappresentati, verrà passata sotto silenzio anche dai giornali che hanno ricevuto il sunto.

8° Si chiede che ad ogni Congresso una sala bene isolata venga riservata ai membri della stampa. Vi sarà annesso un ufficio postale od almeno collocata una cassetta per la corrispondenza, la cui levata sia assicurata ad ogni corriere.

(Queste ultime due decisioni erano state approvate dall'Associazione della Stampa Medica Francese fin dal 1911; ora il Congresso le ha fatte proprie).

III. *Resoconti collettivi:*

9° Data la molteplicità dei Congressi s'impone l'uso di resoconti collettivi per i giornali medici organizzati dalle Associazioni di questi. Siffatti resoconti — quali sono quelli che l'Associazione della Stampa Medica Francese ha organizzato da molti anni — permettono, con poca spesa, una documentazione precisa e rapida. È desiderabile che tutte le Associazioni della stampa medica s'intendano tra di loro per generalizzarli e renderli più pratici.

DE AZEVEDO (Lisbona), relatore, ha esposto il concetto che il principale obbiettivo delle Associazioni della Stampa Medica, per quanto concerne i Congressi, sarebbe di regolare l'attuazione di quelli progettati, in modo da distanziare i Congressi riflettenti le stesse materie o materie affini e da far fissare nella stessa epoca dell'anno quelli indetti in città viciniori, così da agevolare la partecipazione a più Congressi. La Federazione elaborerebbe al principio di ogni anno un *calendario dei Congressi* che avranno luogo nel corso dell'anno e lo invierebbe alle Associazioni nazionali della Stampa medica.

TURO (Barcellona) insiste negli stessi concetti. Elaborare un Calendario dei Congressi medici gioverebbe ad evitare duplicati e interferenze e fornirebbe utili indicazioni agli organizzatori.

CHAVANNE (Lione) ha chiesto che si organizzino delle riunioni medico-chirurgiche (scientifiche e tecniche) latine in coincidenza con le riunioni della stampa medica latina, e ne ha fissato le modalità in un ordine del giorno, ch'è stato approvato, secondo il quale verrà costituita una Commissione annessa al Comitato permanente della Federazione e presieduta dal presidente di questa, per preparare i suddetti convegni, che avranno, come lingue ufficiali, il francese, l'italiano e lo spagnuolo.

Alla discussione hanno partecipato anche DANIELOPOLU (Bucarest) e OSORIO (Sucre, Bolivia).

Comunicazioni varie.

I rapporti della stampa medica con la pubblicità farmaceutica.

Su questo argomento presentarono ampie comunicazioni il prof. CRUCHET (Bordeaux) che fece una revisione storica brillante, e il sig. FUMOU-

ZE, vice-presidente della Camera sindacale dei fabbricanti di prodotti farmaceutici, delegato al Congresso dai fabbricanti.

Giunsero a conclusioni pratiche nel senso che l'ostracismo di molti periodici ai rimedi speciali non si giustifica, se non quando si tratti di prodotti ciarlataneschi o senza valore.

Nella discussione COCA (Madrid) rilevò che i Paesi latini abbondano di periodici pubblicati da Case farmaceutiche ed offerti gratuitamente ai medici. Ciò non avviene nei paesi teutonici ed anglo-sassoni. La differenza è ascrivibile al bando che i periodici medici seri dànno, nei Paesi latini, ai lavori concernenti i prodotti farmaceutici nuovi. Le Case produttrici si trovano, così, indotte a pubblicare dei periodici proprî, sostenendo un grave dispendio. Ne deriva un duplice danno: gli stanziamenti di queste Case per la pubblicità nei periodici accreditati, vengono ad essere ridotti; d'altra parte questi periodici devono sostenere la concorrenza con quelli distribuiti gratis.

È anche da tener presente che molti prodotti nuovi segnano un progresso reale nella terapia e perciò i periodici di medicina avrebbero il dovere di tenerne edotti i lettori. Converrebbe distinguere tra semplici miscele e prodotti sintetici.

Utilità della stampa medica per la conoscenza reciproca delle stazioni termali nei Paesi latini.

P. PICCININI (Milano), rappresentante dell'Associazione Medica Italiana d'Idrologia e di alcuni periodici medici italiani, parlando in francese e in latino, sostenne che converrebbe diffondere nei varî paesi neo-latini la conoscenza delle risorse idrologiche e climatiche di cui gli altri dispongono. Rilevò al riguardo alcuni errori in cui è incorsa una pubblicazione francese, in merito alle stazioni italiane. Invitò i colleghi al prossimo Congresso Internazionale d'Idrologia medica, che si adunerà in Roma durante il prossimo ottobre e che sarà integrato da visite alle principali stazioni idrominerali italiane.

Altre comunicazioni furono fatte da CONACESCO (Bucarest), che prese in esame il problema dei *cambî* tra periodici medici; e da DECOURT (Parigi), che dimostrò l'importanza dei *rapporti tra la stampa medica e i gruppi professionali* (sindacati, camere, associazioni varie).

Elezioni.

Alla fine dei lavori si procedette alle elezioni, che dettero i seguenti risultati:

Comitato permanente della Federazione della Stampa Medica Latina. — Presidenza d'onore: proff. Cortezo (Madrid), Sanarelli (Roma) e Roger (Parigi); Presidente effettivo: Loeper; Vice-Presidenti: Ascoli (Roma), Austregesilo (Rio de Janeiro), Danielopolu (Bucarest); Segretario generale: Pierra (Parigi); Segretario generale aggiunto: Beckers (Bruxelles); Tesoriere: Baillière (Parigi); Tesoriere aggiunto: Kohly (Cuba); Membri: Delchef e Hoedemackers (Belgio), Rodriguez Lima e Vianna (Brasile), Lopez del Valle e Lopez Silveno (Cuba), Battestini e Horno-Alcorta (Spagna), Baillière, Cruchet e F. Le Sourd (Francia), Clerici e Ferrannini A. (Italia), Cantacuzène e Cosacesco (Rumania), Osorio (Bolivia), Suarez Herrera (Cile), Bejarano (Columbia), Lesagne (Canadà), Rondopoulos (Grecia), Nemours (Haiti), Moutrier (Lussemburgo), Gonzales Ancira (Messico), Coelho (Portogallo), Etchegoin (Argentina), Grullon (Dominica), Caballero de Bedoya (Paraguay), de Ribeyro (Perù), Tecon (Svizzera), Conde Jahn (Venezuela).

Commissioni. — Commissione della terminologia e della bibliografia: Cortezo, Mirande, Rondopoulos, Tecon e Verney; Commissione della proprietà letteraria: Ascoli, Cosacesco, Delchef, Gandette, Horno Alcorta e M.e Ribadeau-Dumas; Commissione della pubblicità: Coca, Cruchet, Piccinini e Rodriguez Lima; Commissione per la preparazione dei congressi medici: de Azevedo, Bronha, A. Ferrannini, F. Le Sourd, Pavel, Turo e Kohly; Commissione di studio del bollettino bibliografico e dell'ufficio di analisi: Ascoli, Chavanne, Danielopolu, Etchegoin, Mayer, Osorio e Vianna.

* * *

Si è deciso che il prossimo Congresso avrà luogo tra due anni a Madrid.

V.

Nostra edizione di prossima pubblicazione:

Il Problema del Cancro

del Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE
A. M., Sc. D., M. D., C. M., LL. D.
Commendatore della Corona d'Italia.
Membro corrispondente dell'Accademia Medica di Roma.

Traduzione in riassunto dalle edizioni inglese, francesee spagnuola, a cura dei Dottori **Giovanni Perilli** e **Arnaldo Pozzi.**

Prefazione del Prof. **ROBERTO ALESSANDRI**
Direttore della R. Clin. Chirurg. della Univ. di Roma.

Il libro contiene inoltre un capitolo originale

Sugli studi e sulla lotta del cancro in Italia

e tutta la bibliografia oncologica Italiana più recente (1910-1926).

Un volume in-8°, di circa 400 pagine, nitidamente stampato, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **60,** più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente agli abbonati al «Policlinico» il volume sarà ceduto per sole L. **48** in porto franco, purchè essi inviino questo importo **prima del 30 giugno,** all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Esoftalmo pulsatile spontaneo.

In un'inferma di 24 anni (Tiscornia e Crocco: *Archivos de Oftalmologie de Buenos Aires*, novembre 1926) dopo una forte cefalea accompagnata da vomito l'esoftalmo si produsse bruscamente accompagnato ad un senso di soffio percepita dalla stessa paziente. L'esame dimostrò che l'inferma, la quale presentava una affezione cardiaca, aveva una sporgenza molto spiccata dell'occhio destro; le palpebre arrossate e rigonfie si lasciavano appena socchiudere e la chemosi congiuntivale formava un cercine dinanzi alla apertura palpebrale; il globo oculare era deviato all'esterno e pochissimo mobile, la pupilla non reagiva; la cornea era lievemente edematosa e torbida. La pressione risvegliava un vivo dolore e permetteva una lieve riduzione dell'esoftalmo; su tutto il cranio era ascoltabile un soffio a getto di vapore che scompariva con la pressione della carotide destra: questa manovra non produceva nessuna modificazione sull'esoftalmo però le palpebre durante questa compressione si socchiudevano con una certa maggiore facilità. Essendo stata riscontrata una Wassermann positiva fu istituito un trattamento specifico il quale però non portò nessuna modificazione nè sui fenomeni dolorosi nè sullo stato dell'esoftalmo sicchè fu necessario praticare una legatura della carotide interna destra al livello del triangolo di Farabeuf. Malgrado un senso di benessere immediato post-operatorio, l'inferma presentò dopo sei ore una emiparesi sinistra e l'indomani una emiplegia flaccida completa con disturbi della parola e delirio. All'autopsia fu riscontrato un aneurisma della carotide nella cavità del seno cavernoso il quale era completamente riempito; l'apice dell'orbita era occupato da una soffusione sanguigna che infiltrava il grasso e i muscoli.

PALLADINI.

Il gozzo sottosternale.

Il gozzo adenomatoso è quello che ha maggior tendenza a divenire intratoracico o sottosternale, minor tendenza invece mostrano le cisti e i gozzi colloidi.

Il meccanismo di discesa nel mediastino attraverso all'apertura toracica superiore è facile a comprendersi allorquando la tumefazione è a carico del polo inferiore della tiroide.

L'organo che viene maggiormente leso da questa discesa è la trachea, la quale può subire tutti i gradi di spostamento, deformazione e restringimenti, con conseguenti disturbi respiratori.

La diagnosi del disturbo è basata sulla possibilità o meno della palpazione dei lobi inferiori della tiroide. Se ciò è possibile, durante i movimenti della deglutizione, il gozzo sottosternale non è ammissibile altro che nel senso di uno sviluppo intratoracico di tessuti tiroidei aberranti. Se invece tale palpazione non riesce, l'esistenza di un gozzo sottosternale è molto probabile.

Altri segni possono essere costituiti dall'ottusità nella porzione superiore del torace, dalle ectasie venose, dalle sensazioni subiettive del paziente, il quale può andare talora soggetto ad attacchi di soffocazione, in rapporto ad eventuali stati di iperemia transitoria o ad accumulo di muco nei punti ristretti della trachea.

Un altro sintoma caratteristico è rappresentato dalla difficoltà di addormentarsi reclinando il capo su uno dei lati.

A tutto quello che precede bisogna poi aggiungere il valore diagnostico della radioscopia.

L'indicazione dell'intervento chirurgico è assoluto e nella grandissima maggioranza dei casi tale intervento può essere compiuto senza l'ablazione del manubrio sternale.

Le difficoltà operatorie sono rappresentate dal pericolo di emorragie, di lesioni alla pleura, dotto toracico e ricorrente laringeo, e, infine, dal pericolo di soffocazione per compressione tracheale durante le manovre chirurgiche.

(F. H. Lahey. *Journ. A. M. A.*, 16 ott. 1926).

M. FABERI.

La tiroidite acuta.

È una malattia rarissima. Secondo alcune statistiche riportate da H. M. Clute ed L. W. Smith (rif. in *The Lancet*, 29 gennaio 1927) si riscontrò in un decennio, sopra 45,953 casi di malattie varie solo 43 volte, e su 1200 casi di affezioni tiroidee si ebbe solamente una tiroidite suppurativa, una tubercolare e 5 strumiti infiammatorie croniche tipo Riedel.

Tale rarità è spiegata dal fatto che la tiroide è bene incapsulata, e non comunicante col faringe; è fornita di un ricco sistema linfatico, e il succo tiroideo esercita spiccata azione battericida.

Nei bambini la tiroidite acuta può presentarsi secondariamente a varie malattie; è inoltre piuttosto frequente nell'età pubere, in connessione alle modificazioni fisiologiche della ghiandola tiroide.

Talora la tiroidite è preceduta da una flogosi dell'apparato respiratorio (influenza, angina di Vincent, pleurite, ecc.).

Rarissima è la coincidenza con un tifo o un paratifo.

L'inizio è in genere acuto, con febbre, brividi, dolori al collo e alla gola, e dispnea che va aumentando rapidamente quando si forma un ascesso.

La voce è piuttosto rauca, senza afonia completa, la tosse stizzosa, la disfagia frequente, i sintomi d'ipertiroidismo non rarissimi.

I segni fisici sono caratteristici.

Il decorso è dai 6 ai 10 giorni. L'ascesso si forma raramente nella tiroidite semplice, nei casi con gozzo invece si forma nel 60-70 %. Altre complicazioni sono l'edema del laringe, la broncopolmonite, la condrite e la pericondrite laringea. Alla malattia inoltre può seguire un gozzo esoftalmico.

La diagnosi differenziale va fatta con l'emorragia nell'adenoma tiroideo, la cellulite del collo, la pericondrite isolata della trachea e delle cartilagini tiroidee.

La prognosi, in mancanza di formazione ascessuale, è ottima.

La cura: sintomatica all'inizio, e, formatasi una raccolta ascessuale, l'incisione e il drenaggio.

M. FABERI.

Morbo di Basedow consecutivo alla castrazione con raggi X.

Una ragazza, mestruata per la prima volta a 13 anni e poi regolarmente ogni 4 settimane, è presa da metrorragie; col raschiamento si asportano dei frammenti di polipo, di cui la natura benigna è confermata istologicamente. Le metrorragie continuano e A. Ujma (*Z. Blatt f. Gynäk.* e *Presse médicale*, 26 marzo 1927) decide di ricorrere alla radioterapia. Dopo la prima ed unica seduta, la malata è presa da nausea e vomiti e, dopo qualche giorno, da vertigini, senso di soffocazione, dolori cocenti alla trachea. Due mesi dopo, presenta tachicardia (polso a 160), tremore, insonnia, dimagrimento rapido, sudori sempre più abbondanti. Si nota altresì aumento netto del volume tiroide, leggero rigonfiamento delle palpebre, esoftalmo, con i segni di Graefe, Stellwag e Moebius. Da allora lo stato non si è modificato, malgrado tutte le medicazioni tentate. La metrorragia si è fermata.

In complesso, dunque, sindrome di Flaiani-Basedow tipica comparsa in seguito ad un'unica applicazione di raggi X sulla zona genitale. Questi fatti dimostrano che, specialmente in individui nervosi (e tale era la malata dell'A.) è forse preferibile per combattere le metrorragie, ricorrere ai mezzi chirurgici piuttosto che alle radiazioni.

fil.

TERAPIA.

Sul trattamento dell'emicrania.

Dal punto di vista clinico e terapeutico, si può dire che ognuno ha la propria emicrania, con i suoi sintomi particolari e la sua medicazione efficace. Accade d'altra parte che l'accesso, non abbastanza ostacolato da un trattamento insufficiente, si attenua senza scomparire definitivamente e si trascina per qualche giorno, mancando quella sensazione particolare di benessere che tien dietro alla sua scomparsa; sicchè alcuni preferiscono, quando lo possono, di lasciare che la loro emicrania si svolga senza alcun trattamento.

R. Dupoy (*La consultation* e *Revue médicale*, 27 genn. 1927) consiglia, nell'imminenza dell'emicrania (dolore fisso, generalmente orbito-frontale, congiunto a malumore irritabile) di stare al caldo senza mangiare; l'emicrania si sviluppa spesso dopo un pasto, anche leggero, e l'astinenza ne favorisce la scomparsa. In generale sono poi i vaso-costrittori e gli antispasmodici che riescono meglio per troncare l'accesso iniziale od almeno calmarne l'acutezza: antipirina od aspirina associate ad una dose minima di caffeina, fenacetina, piramidone, chinina associata alla belladonna e soprattutto all'aconito, adrenalina a gocce, o preferibilmente, per iniezione, bromuro di calcio e bromovalerianato, geneserina ed altri calmanti.

Nella maggior parte dei casi, l'emicrania va considerata come la risultante di uno spasmo accompagnato da eccitazione momentanea del simpatico, seguita talora da paresi, pure passeggiera. Questa eccitazione simpaticotonica può essere dovuta a sensibilizzazione dell'organismo, ad uno « shock » eso- od endotossico (di origine endocrina); la crisi emoclasica provocata dall'anafilassi dell'individuo verso una determinata sostanza darebbe luogo, secondo i casi, a manifestazioni clinicamente differenti, ma patogeneticamente simili: asma orticaria, emicrania e, forse, a forme fruste della sindrome di Raynaud. La terapia basata su questa teoria patogenetica non sarà più soltanto palliativa, ma probabilmente riuscirà anche curativa. I partigiani della teoria colloidoclasica dell'emicrania somministrano delle prese di peptone 45 minuti prima dei pasti, con lo scopo di prevenire la comparsa della crisi emoclasica. Oppure si tenteranno gli « shock » mediante iniezioni di nucleinato di sodio, di arsenobenzoli a piccole dosi, le iniezioni intradermiche di peptone od anche l'autoemoterapia.

Si vedrà anche di correggere il terreno su cui l'emicrania si sviluppa (gotta, renella, epatismo,

insufficienza endocrina, ecc.). L'opoterapia ben condotta sarà particolarmente efficace. Si penserà alla possibilità di neurosifilide, anche in assenza di ogni stigmate, specialmente se si osservano accidenti epilettici nei collaterali o angina pectoris o diabete negli ascendenti. *fil.*

Trattamento chirurgico delle nevralgie ribelli del nervo mascellare superiore.

L'operazione praticata da Dutheillet de Lamothe (*La Presse Médicale*, 9 marzo 1927, n. 20, p. 307) in 5 casi è applicabile quando il solo nervo mascellare superiore è interessato, ed asportandolo tutto con le sue branche efferenti e con i gangli nervosi aggiunti (ganglio sfeno-palatino di Meckel). Segue la via intraorale attraverso il seno mascellare, per evitare cicatrici deformanti.

All'uopo l'operazione è preceduta da una intensa antisepsi boccale. Con anestesia locale novocainica si incide la mucosa orale in corrispondenza del solco genio-labiale superiore, si incide e scolla il periostio fino a scoprire le branche di divisione del nervo sottorbitario, il quale, aperto il seno, viene liberato ed uncinato, dopo aver abbattuto la parete inferiore del canale sottorbitario. Si apre la fossa pterigomascellare con una breccia attraverso la parete posteriore del seno mascellare e stirando sul nervo lo si isola. Durante pochi istanti di anestesia al cloruro di etile lo si strappa e con pinze adatte si asportano i rami del nervo sfeno-palatino, compreso il ganglio, vuotando completamente il forame rotondo.

L'asportazione del ganglio di Meckel è indispensabile per i buoni risultati definitivi. E su 5 casi i 2 insuccessi dell'A. (2 casi primi operati) erano forse dovuti a tale incompletezza operatoria. In una 3ª ammalata completando la sezione delle altre branche sensitive del V si ottenne la guarigione, completa già dopo 2 anni e dopo 8 mesi in 2 altri ammalati. JURA.

I dolori colici e il loro trattamento.

Il trattamento delle coliche, cioè delle crisi dolorose crampiformi dell'addome, deve essere rivolto essenzialmente a rimuovere le cause della colica, e a far cessare le sue manifestazioni dolorose.

Il primo compito non è però, secondo J. Pal (*American Medicine*, decembre 1926), sempre facile, perchè talora la causa ricercata sfugge all'indagine del medico, oppure non apparisce che allorquando il dolore è scomparso.

Se si ammette di essere di fronte a crampi tonici dei visceri, si potrà ricorrere a una serie di medicamenti distinti nei seguenti gruppi:

1) medicamenti che agiscono direttamente sulle cellule muscolari diminuendo la loro funzione motoria, quali la papaverina, la narcotina, l'emetina, il benzoato di benzile, l'alcool benzilico, la galigenina e, sopratutto, l'akinetone, assai ben solubile in acqua e di azione non tossica. Analogamente sono da consigliarsi: la canfora in piccole dosi (gr. 0,1), il balsamo del Perù e l'olio di menta. Per la papaverina è più consigliabile del cloridrato il solfato, che può essere dato in dose del 10:100. Questo alcaloide possiede anche azione calmante ed anestetizzante se applicato localmente;

2) medicamenti che agiscono paralizzando le terminazioni vagali, quali: l'atropina, la novatropina, molto efficace e poco tossica, la scopolamina e l'ioscina. La combinazione di atropina e papaverina, che si trova in commercio sotto forma di varie specialità, può riuscire particolarmente utile;

3) medicamenti che stimolano le fibre terminali del simpatico, inibendo lo splancnico, quali l'adrenalina;

4) medicamenti ad azione centrale narcotica, quali alcuni derivati dell'oppio (morfina, ecc.). Questi ultimi però non vanno usati che allorquando non è possibile far cessare in altra maniera il dolore.

La morfina dovrebbe essere associata all'atropina; il suo valore antispasmodico è poi massimo nei casi in cui il dolore è causato da un'iperdistensione delle pareti di un organo cavo (per es. calcolo renale o biliare incuneati).

Tra gli altri mezzi analgesici si deve infine citare l'aspirina, l'idrato di cloralio. Resta infine, quale ottimo coadiuvante, il calore, eventualmente anche in forma di diatermia.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 12193-1:

I concorsi per medico provinciale sono per esami, i quali constano di prove scritte, di prove pratiche, e di prove orali. Le prove scritte riguardano l'igiene generale e quella speciale e la epidemiologia e profilassi delle malattie infettive. Le prove pratiche riguardano la batteriologia e la clinica medica. Le prove orali vertono sulle materie delle prove scritte, sulla dermografia ed assistenza pubblica, e sulla legislazione ed organizzazione sanitaria del Regno. È obbligatorio anche un esperimento sulla conoscenza della lingua francese o inglese o tedesca a scelta del concorrente.

I programmi di esame possono però essere variati ad ogni concorso. M. C.

Al dott. A. P., di B. d. L.:

Sull'*intossicazione cocainica* può consultare:

F. SABATUCCI: *Sindromi neuropsichiche nei fiutatori di cocaina*. « Il Policlinico », Sezione medica, 1922, n. 5.

SUFFIT e GIRAUX: *La cocaïne*. Editore Masson, Parigi.

PIOUFFLE: *Les psychoses cocaïniques*. Editore Masson, Parigi.

MARTA: *La cocaina*. Editore Sonzogno, Milano.

PORAK: *Les stupéfiants*. Editore Doin, Parigi.

SARIAN: *Morfinismo e Cocainismo*. Editori Rosenberg e Sellier, Torino.

DR.

VARIA.

Le impressioni sessuali nei ragazzi.

Qualche tempo fa si fecero negli Stati Uniti con la cooperazione della Sanità pubblica, delle indagini sulla modalità con cui avvengono le prime impressioni sessuali nell'infanzia.

A questo scopo si distribuiscono a numerosi gruppi di ragazzi in età dai 15 ai 20 anni, alcuni questionari accuratamente compilati da persone tecniche; a tali questionari i ragazzi dovevano rispondere per iscritto.

I soggetti così interrogati appartenevano alle scuole, ad impieghi diversi ed alle industrie. Si poterono raccogliere risposte da 1029 ragazzi, tra i quali il 65 % appartenevano alla scuola superiore, il 29 % alle scuole primarie ed il 7 % erano impiegati.

Dal complesso delle risposte così ottenute si sono potute ricavare le seguenti conclusioni:

1) l'età media a cui detti giovani riferirono di aver conosciuto le prime impressioni sessuali, risultò di circa dodici anni e mezzo. Si nota in proposito che in genere tanto le famiglie, quanto la scuola e gli educatori lasciano che nella massima parte dei giovani l'educazione sessuale venga abbandonata al puro caso. Il 78 % dei fanciulli interrogati aveva avuto le prime notizie sessuali da parte di compagni;

2) per quanto riguarda la masturbazione, questo studio ha rilevato che essa è, si può dire, generale in un certo periodo dell'adolescenza; il suo inizio risulterebbe in media sui 13 anni, ed i principali impulsi verso di essa sarebbero prodotti da condizioni ambientali ed in modo particolare da suggestioni dei compagni;

3) risulterebbe tuttavia da questo studio che progressi positivi sono stati realizzati nella diffusione dell'educazione sessuale negli ultimi anni: infatti una notevole proporzione dei detti ragazzi aveva ricevuto qualche accenno di educazione sessuale da parte di persone responsabili. Risulta anche che tale educazione, secondo le testimonianze degli stessi ragazzi, riesce loro di utilità; circa il 94 % di essi hanno attestato nelle risposte al questionario, di aver trovato una utilità pratica dall'educazione ricevuta in questo campo. E ciò è fatto più importante, in quanto si deve ritenere che tale educazione deve essere stata appena frammentaria e probabilmente fatta in modo non sempre opportuno.

(*La Stampa Medica*).

Peso corporeo e condizioni fisiche.

W. R. Dear (*Military Surgeon*, ott. 1925) ha elaborato, con metodi statistici, i risultati di 11.588 esami fisici di ufficiali dell'esercito degli Stati Uniti, esami compiuti nel 1924. Li mette in rapporto con la mortalità. Risulta che un peso superiore alla media è sfavorevole per tutte le età considerate, salvo la classe più giovane, in cui un lieve eccesso non sembra essere di svantaggio. Dopo la maturità piena, un peso inferiore alla media è di vantaggio, a meno che non sia dovuto a malattia o denutrizione. In genere, quanto maggiore è il perimetro addominale, tanto minore è la durata della vita. (*Ann. d'Ig.*).

Cancro e dieta.

L. Hill (rif. *Journal Amer. Med. Assoc.*, 18 dic. 1926) ha eseguito alcuni esperimenti diretti a stabilire l'influenza della dieta sullo sviluppo del cancro. Varî gruppi di topi sono stati sottoposti a diete differenti: un gruppo riceveva una dieta grezza, normale pei topi, di grano, avena, orzo, vegetali verdi; un altro gruppo la dieta dei contadini di Essen; un altro la dieta di un ristorante popolare; un altro ancora la dieta di persone benestanti; infine un gruppo era ipernutrito. Poi l'A. innestò il cancro. È emerso il fatto inatteso che il primo gruppo ebbe la più alta mortalità da cancro, mentre la mortalità più bassa si ebbe nel penultimo gruppo. Non si è avuta nessuna prova che cibi molto cotti e privati di vitamine favoriscano il cancro. L'A. è incline ad ammettere che qualche agente infettivo provochi uno stato d'irritazione, o che qualche virus filtrabile s'innesti su tessuti irritati, determinando lo sviluppo della malattia. (*Ann. d'Ig.*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

J. B. HURRY. *The disorders of Pregnancy and the Vicious Circles*. — Londra.

P. ENGELEN. *Der Alkoholgenuss und der Alkoholmissbrauch vom ärztlichen Standpunkt*. — Lipsia.

E. OSTY. *Pascal Forthuny*. — Parigi.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Riunione del Direttorio dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti.

Il 29 aprile, nella sede dell'Ass. N. F. del P. I. si trovano riuniti il direttorio sciolto ed il nuovo direttorio.

Il Segretario Nazionale dott. Vacino spiega quali sono i compiti che spetteranno al nuovo direttorio: i problemi di assistenza sanitaria segnati dalla Carta del Lavoro sono di una importanza sociale eccezionale e l'Associazione deve sentire di avere una precipua ragione di forza per la conoscenza insostituibile che il M. C. ha delle masse lavoratrici e dei loro bisogni. Una nuova ragione di forza indiscutibilmente deriva alla Associazione dall'appoggio cordiale dell'Ass. N. F. del P. I., che coi suoi 300 mila soci, tutti funzionarii pubblici, sia alla periferia sia al centro può fortemente dimostrarsi valida nel cooperare allo svolgimento del programma. Con essa e per mezzo di essa ogni possibile ragione di dissidio tra le varie categorie di impiegati comunali è scomparsa, e si avranno quali collaboratori intelligenti e capaci, i maestri, i segretari comunali.

L'Associazione ha poi ragione di organizzarsi compatta e forte anche perchè non può trovare nei Sindacati giuridicamente riconosciuti, per chiaro disposto di legge e per categoriche asserzioni del Ministero delle Corporazioni, appoggio e difesa degli interessi della classe che rappresenta. I sindacati devono trattare dei soli interessi del libero esercizio: non possono trattare degli interessi dei medici quali dipendenti da enti pubblici: che anzi appunto per evitare tale possibile interferenza si è disposto che nessun dipendente da ente pubblico — che esercita anche libero esercizio professionale — possa coprire cariche nei sindacati.

L'iscrizione da parte del M. C. nei sindacati è libera: se crede di iscriversi per aver diritto di intervenire ed interloquire nelle adunanze per la tutela del libero esercizio lo può fare, ed in tal caso pagherà il contributo volontario che sarà stabilito necessariamente per la tessera e per le altre esplicazioni di attribuzioni. Se invece non intende iscriversi, ritenendo non necessaria la sua presenza per la tutela del libero esercizio, in tal caso è tenuto al solo pagamento del contributo obbligatorio: il pagamento di esso per ora non deve compiersi, in attesa degli accordi che per l'entità di esso, saranno presi tra il Presidente delle Confederazioni Sindacali on. Rossoni ed il Segr. Naz. dell'A. P. I. comm. Lusignoli.

Il comm. Lusignoli si dice lieto dell'adunanza promossa dal camerata, amico Vacino, che ben volentieri, conoscendo tutto il suo valore organizzativo, ha confermato capo dell'A. N. F. M. C. Egli confida che fra le varie categorie dell'A. N. P. I. si avrà sempre maggior affiatamento.

La grande famiglia del P. I. è orgogliosa di avere nel suo seno i M. C. per l'apporto di carattere organizzativo, tecnico, assistenziale che essi possono dare. Il M. C. nei paesi è un piccolo padre e perciò moralmente è una grande forza.

Essenziale problema oggi è la formazione e la funzione dello Stato Corporativo: la Carta del Lavoro è la più elevata manifestazione del nuovo Stato Fascista: per essa sono segnati molti doveri e molti diritti: ed indiscutibilmente la forza di competenza dei pubblici funzionari farà sì che saranno sempre i primi collaboratori del volere supremo del fascismo.

Nella formazione della Carta del Lavoro il parere della A. N. F. del P. I. è stato il più obbiettivo e disinteressato, mirando solo all'interesse generale.

Nella Carta del Lavoro ci sono tracciate opere assistenziali di importanza sociale grandissima. Il M. C. è il solo che conosca veramente i bisogni della classe lavoratrice. I M. C. facendo parte dell'A. P. I. saranno indubbiamente nella formazione del grande Stato Corporativo valorizzati per le loro funzioni particolari di dipendenti da enti pubblici.

Nella seduta pomeridiana Vacino riassume la esposizione del mattino sulla richiesta rivolta per mezzo dell'A. P. I. a S. E. Bottai in merito all'entità del contributo obbligatorio ed alla esclusione dal diritto di elezione a cariche nei Sindacati e la risposta avuta che toglie ogni dubbio sulla incompatibilità alle cariche esistenti per tutti i dipendenti degli E. P.: le nomine irregolari non saranno ratificate dal Ministero delle Corporazioni: pel contributo obbligatorio ai Sindacati conviene attendere — prima di pagare — le conclusioni delle trattative.

Fatichi, Lusignoli, Bavestrello, Parodi, approvando l'operato del Segretario Nazionale Vacino, rilevano lo stato immeritato di inferiorità che sarebbe fatto ai M. C. — se per essi soli dovesse avere valore la disposizione della esclusione dalle cariche — per cui necessiterebbe una modifica al riguardo della legge.

Vacino riconferma che non vi possono essere ragioni di conflitto coi Sindacati.

Tutti i membri del direttorio approvano la linea di condotta a tenersi, tracciata dal Segr. Nazionale A. Vacino.

Carrobbio fa presente la necessità che il direttorio richiami al convegno dei segretari provinciali l'attenzione sulla grave questione dei *medici anziani*, non iscritti alla Cassa Pensione. Egli ha fatto studii e statistiche in proposito. Altri colleghi pure si sono occupati dell'argomento. Sono circa 200 i medici anziani — da 65 a 78 anni di età con 40 e più anni di servizio —

privi di pensione. Vi sono casi pietosi. Necessita un provvedimento di umanità.

VACINO ricorda il suo interessamento: la Cassa Pensione trattandosi di pura materia finanziaria non può risolvere il problema se non richiedendo il versamento delle quote arretrate, e degli interessi composti.

I colleghi sarebbero disposti al versamento delle quote: bisognerebbe ottenere dal governo il versamento una volta tanto — come ha fatto per i maestri — di una somma non indifferente, circa 3 milioni. È un vero atto di umanità.

RONCONI ricorda che nella sua provincia diversi comuni hanno corrisposto per conto loro pensioni, anche rilevanti, a medici anziani non iscritti ottenendo così che il servizio venisse affidato a medici giovani con miglioramento sensibile di esso: altri colleghi ricordano che lo stesso trattamento è stato fatto in altre provincie.

Il dott. PERCACCINI invita il Segretario Nazionale a portare nel convegno dei segretari provinciali la questione della *pensione ai M. C. anziani delle provincie redente*, chè colla cessione alla Confederazione del Tirolo dei fondi delle casse provinciali per le pensioni ai medici comunali, sono nell'impossibilità di potere avere la pensione. Necessita da parte del governo un atto di vera giustizia.

Il comm. avv. LUSIGNOLI — informato delle richieste del collega Parodi e di altri membri del Direttorio — ripete le spiegazioni ed assicurazioni date nella mattinata. Non vi può essere ragione di conflitto tra Sindacati ed Associazioni perchè per disposto di legge le funzioni sono ben nette, distinte e chiare. Gli uni devono occuparsi del libero esercizio e non possono occuparsi dei rapporti cogli enti pubblici: ogni interferenza in tale campo sarebbe senza dubbio mai permessa dalle autorità superiori perchè contraria alla legge. Ciò non vieta che i M. C. possano iscriversi se lo credono.

Il Direttorio pienamente assicurato dalle chiare dichiarazioni del comm. Lusignoli plaude ad esso sentitamente ringraziando.

VACINO sente il dovere di riferire al Direttorio tutto il lavoro compiuto dal Congresso di Siracusa ad oggi.

I membri del Direttorio — vecchio e nuovo — con vivo plauso approvano incondizionatamente l'operato del Segretario Nazionale che ha saputo col suo tatto, colla sua intelligenza, colla sua tenacia, non badando a sacrificii, portare l'A. al più grande trionfo.

Il collega CARROBBIO che fu testimone di quanto ha fatto Vacino si rende interprete della riconoscenza di tutti i membri del Direttorio e di tutti i M. C.

Adunata dei Segretarii Provinciali.

Nella seduta del 30 aprile 1927, il segr. gen. VACINO porta il saluto augurale. Annuncia che in base al nuovo Statuto la nomina del segr. naz. è di spettanza del segr. gen. dell'Ass. del P. I. da cui dipende la nostra Associazione per esplicito volere del Duce: la sua nomina deve avere la ratifica del Ministro delle Corporazioni. I segretarii provinciali sono nominati dal segr. naz. e le nomine devono essere ratificate dal segretario gen. dell'Ass. del P. I. Ripete le norme che ha seguito per dette nomine e che ha riferito nella seduta del Direttorio.

PARODI, ricordando il difficile lavoro compiuto in momenti tanto scabrosi dal Vacino, che ha esplicato opera di vero apostolo, propone il seguente *ordine del giorno*:

« I segretari provinciali dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti, riuniti in Roma nel giorno 30 aprile, approvano l'operato del dott. Vacino dal Congresso di Siracusa ad oggi non solo, ma gli tributano tutta la loro riconoscenza, additandolo ai Medici Condotti d'Italia come l'uomo che, attraverso un lungo, difficile ed estenuante lavoro, ha saputo sempre ed in ogni modo tutelarne gli interessi morali e materiali.

« Sono lieti di constatare come la vecchia Associazione Nazionale Medici Condotti, rinnovata col crisma del Fascismo, si inquadra nell'Associazione Nazionale Fascista del Pubblico Impiego, e come già a Trieste, quando con entusiasmo e fede i Medici Condotti passarono ai Sindacati Fascisti, rinnovano ora la loro immutata fede nel Fascismo e nel suo Duce, al quale sono pronti ad ubbidire ora e sempre per la grandezza d'Italia ».

È approvato con unanimi applausi.

VACINO riferisce tutto il lavoro compiuto dal Congresso di Siracusa, come ha già fatto davanti al Direttorio.

Il dott. LUSIGNOLI propone un telegramma al Duce che legge tra gli alalà di tutta l'assemblea.

« *A S. E. Benito Mussolini — Roma*.

Dirigenti nazionali e provinciali Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti riuniti in Roma presente il segretario generale Associazione Fascista Pubblico Impiego inviano fervido alalà Duce magnifico e formalmente si impegnano di dare ogni attività loro per classi lavoratrici nelle opere assistenziali che fascismo vuole e carta lavoro prospetta.

LUSIGNOLI-VACINO ».

Viene data lettura della lettera di S. E. Bottai in risposta alla richiesta del segretario generale del P. I. che è commentata assai favorevolmente dall'assemblea.

Viene pure data lettura del resoconto della visita di omaggio e presentazione del Direttorio a S. E. Turati: l'assemblea con plauso generale dimostra tutto il suo vero compiacimento.

Il Presidente fa dar lettura dell'ordine del giorno riassuntivo presentato dal dott. Lusignoli:

« Il Congresso dei segretari provinciali dei medici condotti radunati in Roma il 30 aprile 1927, anno V, con l'intervento dei rappresentanti delle provincie di tutta Italia;

sentite: la relazione del Segretario Nazionale dott. Vacino, le dichiarazioni del Segretario generale P. I. avv. Lusignoli:

le risposte di S. E. il Sottosegretario alle Corporazioni Bottai a precedenti interrogatori e memoriali, le dichiarazioni fatte al Direttorio dell'Associazione stessa da S. E. Turati;

ritenuto che in base alla prescrizione della legge sindacale e delle disposizioni ministeriali i medici condotti, che esplicano la loro funzione preminente in qualità di funzionari delle amministrazioni comunali, debbono considerare la loro Associazione nazionale autorizzata dal Governo a termini di legge come l'unica valida forma organizzativa per la tutela della loro attività inerente al pubblico impiego;

approva ad unanimità e con plauso l'operato del Segretario Generale dott. Vacino e la ufficiale costituzione della A. N. F. M. C.;

impegna tutti i propri rappresentanti in ogni Comune d'Italia a dedicare ogni interessamento di opere ed ogni impulso di fede al massimo sviluppo e al più fecondo funzionamento dell'Associazione stessa in pieno accordo con le superiori gerarchie dell'Associazione Generale Fascista del Pubblico Impiego e sotto l'egida del Segretario Generale del Partito Nazionale Fascista ai cui ordini si dichiarano orgogliosi di potere ubbidire ».

Continuando nello svolgimento dell'ordine del giorno il Segretario Nazionale ricorda il lavoro compiuto e da compiersi colla *propaganda igienica nella lotta contro le malattie sociali.* La carta del lavoro fa particolari accenni che noi dobbiamo raccogliere: anzi in pieno accordo col segretario federale del partito e col segretario provinciale dell'A. del P. I. noi dobbiamo essere i primi in questo compito sociale: noi dobbiamo dimostrare che più che attendere alla tutela dei nostri interessi vogliamo adoperarci a vantaggio delle malattie che maggiormente colpiscono le classi lavoratrici fra cui viviamo. Che anzi per la *lotta contro la tubercolosi* — malattia che fa stragi fra la classe operaia — noi già abbiamo costituito la nostra A. N. A. dei M. C. che in tutta Italia — più o meno secondo le regioni — ha lavorato con risultati confortanti. Ritiene che essa debba continuare nella sua opera fattiva, rimandando al congresso futuro la decisione se debba cessare dalla sua particolare azione per lasciare all'A. N. F. dei M. C. le direttive di ogni lotta contro le malattie sociali.

FATICHI, presidente dell'A. N. A., espone il lavoro compiuto fino ad oggi, rimandando la vera relazione al prossimo congresso. Il consiglio direttivo ha promosso innanzi tutto la formazione di una sezione in ogni comune per mezzo del M. C. che deve essere la mente tecnica direttiva ed anche oggi necessita costituire le sezioni dove ancora non esistono. Così potrà aversi prima di tutto una reale statistica dei tubercolotici colla quale solo sarà possibile esaminare in tutta la sua gravità reale il problema dell'assistenza dei tubercolotici. I M. C. hanno tenuto conferenze: si è riprodotta la films: si sono distribuiti opuscoli: si è fatto della propaganda spicciola: si è fatto la festa del fiore: si sono istituite colonie alpine, marine, solari: formati dispensarii. È confortante la promessa che sarà presa in considerazione l'offerta dei M. C. — unici competenti — di collaborazione in questa grave lotta. Ora è istituito in ogni provincia il consorzio provinciale antitubercolare: bisogna agire perchè in essi entri fra gli amministratori il M. C.

Oggi con la costituzione della nostra Associazione aderente alla grande Ass. del P. I. ed al Partito, il M. C. è maggiormente valorizzato ed apprezzato. Necessita però evitare le dispersioni: ci vuole un'opera unica fattiva, pur rispettando le iniziative locali, particolari. La Carta del Lavoro accenna all'intento del Governo di provvedere con un ente assicurativo speciale a tale lotta: tutti i colleghi fin d'ora si interessino e lavorino.

In Francia si ebbero risultati splendidi dalla sola disposizione per cui i bambini di tubercolotici sono tolti dalle loro case ed allevati igienicamente in appositi istituti. I vantaggi ottenuti sul coefficiente di mortalità ha impressionato tutti gli strati sociali, che oggi prendono vivo interessamento al grave problema.

GAGLIARDI sostiene la necessità che il M. C. sia chiamato alla presidenza dell'O. N. in ogni Comune.

PERCACINI sostiene che nei Comitati Comunali del Cons. Prov. Ant. entri come mente tecnica direttiva il M. C.

DANIONI ricorda che per la Provincia di Novara è stabilito che il M. C. deve far parte del Comitato in ogni Comune: per ingaggiare una lotta necessita innanzi tutto sapere il numero dei tubercolotici: questo il primo lavoro.

Quindi viene votato il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso dei rappresentanti provinciali della A. N. F. M. C. riafferma la propria decisa volontà di dare il più volenteroso contributo e la più fervida collaborazione nella lotta contro le malattie sociali in genere e in ispecie contro la tubercolosi per la quale ritiene doversi riconfermare i concetti informatori e costitutivi della Associazione Nazionale Antitubercolare dei Medici Condotti deliberata al Congresso di Siracusa ».

VACINO propone pure un ordine del giorno di plauso alla Direzione di Sanità, che è approvato all'unanimità:

« Il Congresso dei rappresentanti provinciali dell'A. N. F. M. C. esprime all'Ill.mo Grande Ufficiale prof. MESSEA, direttore generale della sanità pubblica, il proprio unanime e riconoscente plauso per l'opera altamente commendevole a vantaggio della sanità pubblica da Lui svolta, e per la considerazione benevola con cui volle sempre occuparsi delle questioni inerenti al servizio di condotta medica e di assistenza sanitaria ».

Il dott. PERCACINI richiama l'attenzione del Convegno sulla condizione dei *medici anziani delle Provincie redente* nei riguardi delle pensioni.

VACINO assicura che col comm. Lusignoli si farà premura di sostenere con apposita memoria presso il Governo le giuste richieste dei colleghi delle provincie redente.

CARROBBIO prospetta le tristi condizioni dei M. C. anziani non iscritti alla Cassa Pensioni.

VACINO ricorda le pratiche svolte: si richiama alle dichiarazioni fatte al Direttorio e presenterà apposita richiesta al Governo; pur dovendo riconoscere che non vi è ragione di diritto, si augura una soluzione definitiva della questione o col concorso dello Stato o dei Comuni interessati ad avere un miglior servizio.

DE SANCTIS interessa il convegno sulle condizioni dei M. C. terremotati a cui ancora non è concessa l'addizionale.

VACINO ricordando tutto il lavoro compiuto per tale questione rammenta che l'art. 34 si oppone alla soluzione sollecitata: insisterà colla necessaria prudenza.

BELMONTI rileva alcune manchevolezze della legge sulla pensione ed in particolare la somma richiesta per il riscatto degli anni di università troppo elevata in confronto di quella della legge precedente.

VACINO concorda che vi sono manchevolezze: sempre si adoprerà per una migliorìa possibile della legge: il riscatto non è più permesso essendo scaduto il termine fissato: necessita una proroga per cui ben volentieri si adoprerà.

VACINO dichiara, fra il plauso generale e gli *Eia Eia Alalà* al suo indirizzo, chiuso il convegno, invitando i colleghi a lavoro proficuo di organizzazione nelle rispettive provincie. Fissa come sede del prossimo congresso, nella seconda quindicina di settembre, Siena.

Riduzione degli onorari professionali.

Sono stati convocati in assemblea generale straordinaria nell'Aula Senatoriale in Campidoglio gentilmente concessa da S. E. il Governatore principe Potenziani tutti i medici di Roma e Provincia, per decidere una riduzione sulle tariffe degli onorari professionali.

L'aula era affollata di oltre mille medici, fra cui furono notati i maggiori esponenti delle Cliniche e degli Ospedali: prof. sen. Pestalozza, professori Alessandri, Ascoli, Ferrero, Della Vedova, Ferretti, Galli, Lugli, Carducci, De Fabi, Antonucci, Laurenti, Ciuffini, Cassini, Panegrossi, Gualdi, Pecori e tanti altri, tra i quali numerosi Fiduciari provinciali del Sindacato Medico Fascista.

Il presidente della Commissione Amministratrice dell'Ordine prof. Ermanno Fioretti, ha brevemente e chiaramente esposto quali debbono essere le direttive degli attuali Ordini che non possono disgiungersi e differenziarsi dalle direttive sindacali, uniformandosi ai concetti emanati dal Governo Nazionale Fascista per la costituzione dello stato corporativo. Ha tenuto inoltre a stabilire la ferma volontà di elevare sempre più il decoro della professione, cercando di spazzare il terreno dalle incrostazioni di interessi che si sono venuti creando nei margini dell'esercizio della medicina e chirurgia, col combattere specialmente l'esercizio abusivo e tutte le altre forme di svalutazione della professione.

Richiamando poi l'attenzione dell'Assemblea sull'importanza che il Duce ha voluto dare alla potenza democratica della stirpe, ha ampiamente spiegato le nuove forme di assistenza sanitaria, basate sul sistema assicurativo, riferendosi precisamente a quanto è scritto nella carta del lavoro dove, come primo fatto, si annuncia l'assicurazione contro la tubercolosi, cui farà seguito quella delle malattie professionali per arrivare quindi all'assicurazione generale di tutte le malattie.

Ha spiegato in ultimo le ragioni dell'Assemblea straordinaria, consistenti nella partecipazione della classe medica alla battaglia economica e finanziaria che sotto la guida del Primo Ministro si va svolgendo in tutta Italia. Il prof. Fioretti ha chiuso il suo discorso da tutti applaudito, invitando i colleghi a schierarsi quali militi disciplinati agli ordini del Duce, contribuendo colla loro opera scientifica all'integrità della razza, per conservare alla Patria lo strumento più efficace di potenza e di gloria.

Aperta la discussione viene per acclamazione approvato il seguente ordine del giorno: « I medici iscritti all'Ordine di Roma e Provincia, riuniti in assemblea straordinaria, in ossequio alle direttive del Duce allo scopo di contribuire alla ricostruzione economica della Nazione, deliberano la riduzione del 10% sulle attuali tariffe professionali, riduzione estensibile anche ai compensi devoluti ai medici interini nei centri rurali; ed il rilascio gratuito da parte dei medici curanti dei certificati occorrenti agli operai dei Sindacati Fascisti in caso di malattia ».

L'Assemblea si scioglie con una ovazione al Re ed al Duce, dando mandato al presidente di inviare un telegramma al Capo del Governo per comunicargli la suddetta deliberazione.

Il Direttorio del Sindacato medico di Bari ha deliberato l'applicazione, dal 1° giugno, della riduzione del 30% sulla vigente tariffa minima dell'Ordine dei medici. Il Sindacato farmaceutico di Bari ha deciso di accordare il ribasso del 10% sui diritti di manipolazione concessi dalla tariffa governativa, nonchè speciali riduzioni sui medicinali di largo consumo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALEZIO (*Lecce*). — Scad. 20 giu.; L. 8500 per 1000 pov.; addiz. L. 3 per 500 pov. e L. 5 oltre; 4 quadr. dec.; età lim. 40 a.

AQUILA. *Ospedale Civico di S. Salvatore*. — Primario del Laboratorio di ricerche cliniche ed anatomo-patologiche; scad. 25 giu. Vedi fasc. 23.

BUCINE (*Arezzo*). — Scad. 29 giu.; 3ª condotta; L. 9000 e 4 quadr. dec.; indenn. cav. variab.; c.-v.; tassa L. 50.

CLAUZETTO (*Udine*). — Scad. 15 giu.; L. 9000 e 6 quadr. dec.; L. 500 serv. att.; L. 1500-3000 trasporto; L. 1000 uff. san.; c.-v. L. 1620, oltre indenn. membri di fam. conviventi ed a carico.

COSENZA. *R. Prefettura*. — Scad. 20 giu. Ufficiali sanitari di 9 consorzi. Vedi fasc. 20.

GENOVA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario e direttore dell'Ufficio Municipale d'Igiene del Comune di Genova unificato. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 19.

GROTTE S. STEFANO (*Viterbo*). — Scad. 25 giu.; L. 10,500 e 5 quadr. dec., c.-v., L. 1500 trasp., L. 400 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

ISOLA VICENTINA (*Vicenza*). — Scad. 20 giugno; 1° reparto; L. 9000, oltre L. 800 trasp.; L. 300 ogni 100 pov. oltre il migliaio e frazioni; 15% stip.indenn. serv. att.; c.-v.; 2 anni di esercizio in Comuni od Ospedali; L. 1000 se direz. Ospedale; tassa L. 50.15.

IVREA (*Aosta*). *Ospedale Civile*. — Due assistenti della Sez. Chirurgica; scad. 20 giu.; v. fasc. 21.

LAGONEGRO (*Potenza*). — A tutto 30 giu.; lire 7000 per 600 pov. e 6 quadr. dodicesimo; docum. a 3 mesi; tassa L. 50; età lim. 40 a.; serv. entro 15 giorni.

MACERATA. — Scad. 25 giu.; consorzio con Tolentino e Pausula; L. 9000 e c.-v., oltre L. 3500 trasp.; 3 quadr. dec.; riconoscim. 1 quadr.; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.15.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Uff. san. e medico capo dell'Uff. d'Ig. di Mantova; al 15 lug., ore 18; titoli ed esami; L. 13,500 e 5 quadrienni dec.; L. 2500 indenn. carica, c.-v.; divieto eserc. profess. Ab. c. 42,000; ha. 1765. Chiedere ann.

MATINO (*Lecce*). — L. 8500 per 1000 pov.; addizionale L. 3 per 500 pov. e L. 5 oltre; 5 quadrienni dec. Scad. 30 giugno.

MOGLIANO VENETO (*Treviso*). *Pio Istituto Costante Gris*. — Direttore sanitario. Stip. lordo L. 22,000 aument. del dec. per 5 quinq.; indenn. c.-v.; alloggio a muri vuoti, orto, illuminaz. gratuiti. Scad. 15 luglio. Per migliori chiarimenti chiedere bando concorso al segretario sig. E. Pavan.

MONZA (*Milano*). — Scad. 15 giu.; medico comunale aggiunto; L. 10,500 e indennità trasp. Rivolgersi Segreteria comunale.

POLI (*Roma*). — Scad. 30 giu.; per Guadagnolo; L. 10,500, oltre L. 400 se uff. san., 5 quadr. dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

S. PELLEGRINO (*Bergamo*). — Scad. 30 giugno; L. 6500; addizion. L. 2 e L. 5 per ogni povero (secondo che abbia diritto o no ad assist. farmac.); L. 750 trasp.; L. 500 ambulat.; c.-v.; 5 quinquenni dec.; tassa L. 50.15.

S. PIETRO VIMINARIO (*Padova*). Proroga a tutto giugno.

SMERILLO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 20 giu.; L. 11,000, comprese le indenn. laurea, forese e uff. san.; 5 quadr. dec.; tassa L. 50.15.

SONNINO (*Roma*). — A tutto 25 giu.; v. fasc. 21.

TERAMO. *Congregaz. di Carità*. — Assistente med.-chir. dell'Ospedale; proroga 15 giu., ore 12; tassa L. 50.

TODI (*Umbria*). — Al 1° lug. Vedi fasc. 23.

URBINO. *Ospedale Civile*. — Scad. 20 giu., ore 12. Chirurgo primario; L. 10,000, c.-v., proventi professionali in conformità regolamento organico. Rivolgersi segreteria Congregazione di Carità.

Nota. Quando non è indicato altrimenti, i posti vacanti si riferiscono a condotte mediche.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Voronoff per l'UMFIA.

Il dott. Sergio Voronoff ha fondato due premi, uno di Fr. 10,000 e l'altro di Fr. 5000, a favore dell'Unione Medica Franco-Ibera-Americana (comprese anche l'Italia e la Romania), destinati cioè a medici dei paesi latini. Gli argomenti posti a concorso sono: 1) Esistono nell'uomo delle insufficienze e delle iperfunzioni delle ghiandole endocrine? 2) Le iperfunzioni di queste ghiandole possono essere reazioni all'insufficienza parziale di ciascuna o di parecchie di tali ghiandole?

I lavori debbono farsi pervenire in nove esemplari entro il 31 dicembre 1928 al dott. Léopold Lévi, rue Théodore de Banville, Parigi (XVI); essi possono essere firmati o anonimi e contrassegnati da un segno di riconoscimento.

Tutti i manoscritti dovranno essere in lingua francese, e se originariamente scritti in altra lingua dovranno essere tradotti in francese.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Pierre Masson, che a lungo fu nell'Istituto Pasteur di Parigi e che attualmente insegna istologia patologica all'Università di Strasburgo, ha accettato la cattedra di patologia all'Università di Montreal (Canadà) e la nomina di patologo all'ospedale Notre Dame della stessa città.

Il dott. Edward A. Park, professore di pediatria alla Scuola Medica dell'Università Yale a New Haven, è nominato professore di pediatria e primario pediatra all'Ospedale Johns Hopkins dell'Università omonima a Baltimora, quale successore del prof. John Howland, deceduto.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La commemorazione di Grassi a Fiumicino.

Se, come il « Policlinico » ha pubblicato, nel n. 21, l'annuale omaggio di fiori alla tomba di Battista Grassi al cimitero di Porto anche quest'anno fu recato dagli allievi di Lui, dagli ammiratori, dagli scolari e dagli insegnanti delle scuole locali, con inestinguibile commozione, il giorno anniversario della morte, vogliamo ora aggiungere che la distribuzione dei premi venne, per iniziativa dell'Ufficio d'igiene del Governatorato di Roma, fatta con speciale solennità.

Delle conferenze di propaganda antimalarica periodicamente tenute dai medici condotti, quella di Fiumicino fu affidata allo scrivente, che svolse appunto il tema « Continuiamo l'opera di Battista Grassi ». Si raccolsero nella Sede dell'Associazione Combattenti non solo gli scolari di Fiumicino, Porto ed Isola Sacra con gl'insegnanti, ma tutti i parenti e numerose notabilità fra cui il vescovo di Porto, la figliuola del compianto Maestro, il dott. Escalar e parecchi altri medici dell'Agro Romano che distribuirono non solo i premi — consistenti in libretti di risparmio — di somme lasciate dal Grassi, ma pure di quelle capitalizzate dal Comitato di Porto come residuo della somma che aveva servito per murare — dopo quindici giorni della morte del Grassi — una lapide nel palazzo del Cardinale a Porto.

Avevano aderito il sen. E. Marchiafava, S. E. il principe Torlonia, il dott. Hackett della Fondazione Rockefeller e molti altri.

Prima delle proiezioni della Cineteca Comunale vennero nel teatrino della Sala dette due commediole dagli scolari, di soggetto igienico e specie di profilassi antimalarica come gare d'igiene del Governatorato.

Fu la vera inaugurazione popolare del fabbricato che gli ex Combattenti di Fiumicino — la cui attività dal loro antico presidente, lo scrivente, fu polarizzata nella lotta contro la malaria — eressero per dare un posto stabile ad un laboratorio di accertamento, che si è intitolato a Battista Grassi, con alloggio per un medico e per un assistente sanitario e una sala di conferenze.

Il successivo 24 maggio vi fu l'inaugurazione ufficiale con l'intervento di S. E. Turati, i presidenti delle Federazioni Combattenti e Fascista, tutta la popolazione con squadre imponenti di M. V. S. N., Balilla, ecc., che si fecero un'idea del lavoro che ora la Fondazione Rockefeller compie per incarico del Governatorato di Roma e che è precisamente la continuazione di quella impiantata e perseguita dal Grassi fin dal 1918.

V. E. OVAZZA.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola Superiore di Malariologia.

Il 15 giugno, con l'intervento delle più alte Autorità del Governo Nazionale, sarà inaugurata in Roma la Scuola Superiore di Malariologia.

Nei numeri scorsi del nostro giornale annunciammo i programmi, i fini, gli scopi della nuova istituzione creata dal Governo Fascista.

L'insegnamento, impartito dai nostri più insigni studiosi di malaria e dai nostri migliori tecnici di idraulica ed agraria, comprenderà lezioni teorico-pratiche e gite d'istruzione in zone palustri e di grande e piccola bonifica.

La scuola sarà completa ed armonica in ogni sua parte.

Sono in corso di stampa programmi dettagliati coi sommarii delle lezioni e coi progetti delle gite che si eseguiranno in un primo tempo nell'Agro Romano e indi in Calabria, in Sardegna e nel Veneto.

Rammentiamo che la tassa d'iscrizione alla Scuola è di L. 300 per ogni allievo e darà diritto, oltre che agli esercizi nei corsi pratici, al viaggio gratuito nelle gite d'istruzione.

Per richieste di programmi, per le iscrizioni e per qualsiasi notizia informativa, rivolgersi al Direttore della Scuola, prof. V. Ascoli, Clinica Medica, Policlinico Umberto I, Roma.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il Regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 773, con cui viene istituita in Roma la Scuola predetta.

Riportiamo alcune parti del decreto:

La Scuola ha personalità giuridica. Essa è sottoposta al Patronato di un Comitato d'onore presieduto dal Capo del Governo, e del quale possono far parte italiani e stranieri.

Il governo della Scuola spetta ad un Consiglio direttivo così composto: *a*) il direttore della Scuola, presidente; *b*) il vice-direttore della Scuola, vice-presidente; *c*) dieci componenti scelti rispettivamente dai Ministri per gli affari esteri, per l'interno, per le finanze, per la guerra, per la marina, per l'aeronautica, per la pubblica istruzione, per i lavori pubblici, per l'economia nazionale, per le comunicazioni; *d*) di un rappresentante della Croce Rossa Italiana. Il Consiglio direttivo è costituito con decreto del Capo del Governo. I componenti di cui alle lettere *c*) e *d*) durano in carica quattro anni e possono essere confermati.

Gli uffici di direttore e di vice-direttore della Scuola sono affidati, con decreto del Capo del Governo di concerto col Ministro per la pubblica istruzione, rispettivamente ad un professore appartenente alla Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Roma e ad un funzionario tecnico di grado non inferiore al 6°, esperto in materia di bonifiche, designato dal Ministro per i lavori pubblici.

La Scuola potrà assumere a proprio carico il necessario personale amministrativo, tecnico e di servizio.

A frequentare la Scuola sono ammessi cittadini italiani e cittadini stranieri. In essa si distinguono due sezioni: una per la clinica e la profilassi della malaria e una per la bonifica idraulica ed agraria, alle quali rispettivamente presiedono il direttore e il vice-direttore. Alla prima Sezione possono essere ammessi: *a*) laureati in medicina e chirurgia; *b*) studenti della Facoltà di medicina e chirurgia. Alla seconda Sezione possono essere ammessi: *a*) abilitati all'esercizio della professione d'ingegnere; *b*) studenti della Scuola di ingegneria, nonchè coloro che hanno compiuto gli studi relativi; *c*) laureati in agraria; *d*) studenti delle scuole superiori di agricoltura. Potranno inoltre essere ammessi alle singole sezioni altri aspiranti che, a giudizio del Consiglio direttivo, abbiano la preparazione necessaria per seguire utilmente i corsi.

Con deliberazione del Consiglio direttivo possono essere istituite, entro i limiti di disponibilità del bilancio della scuola, borse di studio per studenti italiani e stranieri.

Le norme per il funzionamento didattico ed amministrativo della scuola saranno stabilite dal Consiglio direttivo.

Il presente decreto entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nella « Gazzetta Ufficiale » del Regno e sarà presentato al Parlamento per la conversione in legge.

Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi.

Nella seduta del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Studi Scientifici sulla tubercolosi, il presidente sen. prof. Edoardo Maragliano, reso edotto il Consiglio della iniziativa sorta a Roma e a Milano per la formazione di gruppi o sezioni provinciali in seno alla Società, propose la seguente modifica aggiuntiva allo statuto sociale, che fu approvata all'unanimità: « Il Consiglio, nello intento di estendere l'azione scientifica della Associazione, delibera di provocare la organizzazione di sezioni locali nei vari centri regionali italiani. A tale scopo la Presidenza incarica un socio residente quale delegato alla costituzione della relativa sezione. I componenti ogni sezione devono essere membri della Associazione e pagare la quota sociale. Le singole sezioni provvedono alla loro organizzazione interna e alle spese ad essa inerenti. A tale scopo possono stabilire una quota supplementare oltre alla quota che si versa alla Associazione. Il presidente in accordo col segretario delibera sulle modalità formali di associazione per le sezioni provinciali ».

*
* *

Il secondo Congresso Nazionale della Federazione, che avrebbe dovuto aver luogo in maggio a Milano, si terrà invece, sempre a Milano, nell'ultima decade di ottobre. Esso assumerà la massima importanza ed a lato del Congresso sociale vi sarà anche una seduta della Società Scientifica nella quale saranno trattati importanti temi. L'on. Podestà di Milano ha accettato la direzione dell'organizzazione di detto Congresso; presidente onorario ne sarà S. E. Benito Mussolini.

*
* *

In vista della prossima Conferenza Internazionale contro la tubercolosi che avrà luogo in Roma nel 1928, il presidente della Federazione on. Paolucci, su proposta del Consiglio della Federazione, ha nominato un Comitato incaricato di organizzare detta Conferenza. Esso è composto: dell'on. prof. R. Paolucci, presidente, dei proff. Arcangelo Ilvento, Guido Mendes, dott. Eschilo Della Seta, dott. Federico Bocchetti, dott. G. B. Roatta, membri, e del dott. F. Parodi, segretario.

Questo Comitato in due sedute ha stabilito il piano di massima per l'organizzazione, piano che è stato trasmesso alla Direzione generale della Sanità pubblica per essere approvato. Per quanto riguarda l'organizzazione scientifica detto Comitato ha creduto opportuno interpellare, per la proposta dei temi, la Società Scientifica Italiana per gli studi contro la tubercolosi e così pure, per la Sezione sociale ha rivolto invito a tutti gli Enti e Società antitubercolari più importanti affinchè proponessero argomenti da presentarsi alla discussione.

*
* *

Sotto la presidenza dell'on. Raffaele Paolucci, presidente della Federazione Italiana per la lotta contro la tubercolosi, si è riunito il 30 marzo a Parigi il Comitato esecutivo dell'« Union Internationale contro la tuberculose ».

L'Union comprende attualmente: 32 Nazioni (11 Governi e 21 associazioni nazionali), 3 membri onorari, 72 membri consiglieri, 725 membri titolari.

Il prof. Léon Bernard, segretario generale dell'Union, riferì sull'ammissione all'Union di alcuni enti nazionali antitubercolari (Germania, Grecia, Russia, Ucraina, ecc.).

Dopo discussione si decise che nella prossima seduta del Consiglio di direzione, che si riunirà a Parigi in settembre, il prof. Francis Harbitz riferirà sul tema: « Gli effetti dell'iniezione sottocutanea di vaccino B. C. G. nel bambino e nell'adulto non allergici ». Si decise inoltre di interrogare le singole Associazioni aderenti all'Union per domandare se delle esperienze sono in corso nei loro rispettivi paesi e di riferirne al Segretariato i risultati.

*
* *

Per la prossima Conferenza internazionale, che avrà luogo a Roma nel 1928, si stabilì come data approssimativa l'autunno, salvo a decidere nella prossima seduta del Consiglio di direzione la data più precisa come pure i temi di discussione.

L'on. Paolucci espresse ai presenti il gradimento del Governo italiano perchè la prossima Conferenza internazionale si tenga a Roma.

Congresso della Società Italiana di Pediatria.

Nei giorni 28, 29, 30 settembre e 1° ottobre avrà luogo a Napoli il XII Congresso della Società Italiana di Pediatria.

Possono intervenirvi i medici-chirurgi non soci e presentare comunicazioni, a norma dell'art. 14 dello Statuto Sociale, purchè queste siano d'indole pediatrica ed inviate, analogamente a quanto è stato stabilito per i soci, non più tardi del 15 agosto.

La quota d'iscrizione per i non soci è di L. 50. I medici iscritti avranno gli stessi diritti dei soci e riceveranno in tempo utile l'elenco delle comunicazioni, la copia delle relazioni a stampa, il modulo per i ribassi ferroviari, le disposizioni per l'alloggio e tutte le altre possibili facilitazioni. Per ogni persona di famiglia che si accompagnerà al Congressista la quota d'iscrizione è di L. 25, con diritto ad usufruire di tutte le sopra elencate facilitazioni.

I temi delle relazioni sono: 1° « Le nefropatie » (relatori: proff. Maggiore e Canelli); 2° « Importanza sociale dell'eredolue » (relatore: prof. Mensi).

Il Comitato ordinatore del Congresso è così costituito: prof. Rocco Jemma, presidente; prof. Ruggero Vaglio, segretario; prof. Luigi Auricchio, tesoriere.

Per ogni chiarimento rivolgersi al segretario prof. Ruggero Vaglio, S. Andrea delle Dame 21, Napoli (57), al quale andranno anche inviati i titoli delle comunicazioni.

" Giornate Mediche ,, a Bruxelles.

Come abbiamo annunziato, dal 25 al 29 giugno p. v. si terrà a Bruxelles, sotto l'alto patronato di S. M. il Re del Belgio, la 6ª sessione delle « Giornate mediche », la quale si prevede che assumerà notevole importanza per il largo intervento di medici e scienziati francesi, inglesi, svizzeri, spagnuoli, nordamericani, giapponesi, ecc.

Il Governo belga ha espresso vivissimo desiderio che il nostro Paese partecipi all'anzidetta riunione, e il nostro Ministro degli affari esteri ha segnalato ai nostri corpi scientifici l'opportunità che cotesto invito sia accolto.

Congresso Internazionale medico militare.

Il 31 maggio ebbe luogo a Varsavia la solenne inaugurazione del Congresso internazionale di medicina e farmacia militare, alla presenza del Presidente del Consiglio e ministro della Guerra, Pilsudski. Il vice ministro della Guerra, generale Konarzewski, aprì il Congresso a nome del Capo del Governo. Furono poi pronunziati discorsi dal generale dott. Rouppert, capo del Dipartimento della Sanità del ministero della Guerra, dal capo della Delegazione inglese e da altri capi di Delegazioni. Le Delegazioni si recarono poi in corteo a deporre una corona sulla tomba del Milite Ignoto.

Al Congresso parteciparono i rappresentanti di oltre trenta Nazioni, nonchè una Delegazione ufficiale della Lega delle Croci Rosse.

Dei lavori daremo conto prossimamente.

Congresso Internazionale per la tutela dell'infanzia.

Viene organizzato dalla Lega delle Croci Rosse, dall'Associazione Internazionale per promuovere la salute dell'infanzia, dall'Unione internazionale per la tutela dei fanciulli e dall'Unione Internazionale per la Fondazione di Salvezza dei fanciulli.

Si terrà a Parigi dal 2 al 5 luglio 1928, in collegamento con il Congresso internazionale per i soccorsi e con la Conferenza internazionale per i servizi sociali. Le relazioni e gli atti saranno pubblicati in francese ed inglese. Per le comunicazioni è ammessa qualsiasi lingua, ma durante le sedute funzionerà un servizio di traduzioni orali. Al Congresso verrà unita un'Esposizione, che durerà dal 1° al 15 luglio.

Per qualsiasi informazione rivolgersi all'ufficio del Congresso: Avenue Victor Emanuel III, 37 - Paris.

Riunione Internazionale per lo studio del gozzo endemico.

Come abbiamo annunziato, per iniziativa della Commissione svizzera del gozzo, dal 24 al 26 agosto p. v., si terrà nell'Università di Berna una riunione internazionale.

I temi ufficiali di relazione sono: 1) « L'anatomia patologica del gozzo » (relatori: Aschoff, di Friburgo; Wegelin, di Berna; Marine, di New York); 2) « La fisiologia patologica del gozzo » (relatori: Plummer, di Rochester, U. S. A.; von Eischberg, di Vienna; De Quervain, di Berna); 3) « L'etiologia e l'epidemiologia del gozzo endemico » (relatori: Bérard, di Lione; Mac Carrison, di Coonor, Indie Britanniche; Galli Valerio, di Losanna; Bircher, di Aarau); 4) « La profilassi del gozzo endemico » (relatori: Wagner von Jauregg, di Vienna; Muggia, di Sondrio; Silberschmidt, di Zurigo).

Contemporaneamente a tale riunione sarà organizzata una mostra, che raccoglierà preparazioni, plastiche, tavole, grafiche e altri documenti relativi ai vari problemi della patologia della tiroide.

Il 27 agosto, poi, per coloro che si interessano alla chirurgia del gozzo, avranno luogo delle dimostrazioni pratiche alla Clinica Chirurgica del prof. De Quervain.

Congresso Internazionale del Freddo.

Il V Congresso Internazionale del Freddo avrà luogo a Roma dal 19 settembre al 1° ottobre 1927 e comprenderà 4 Sezioni, corrispondenti alle diverse Sezioni e Commissioni internazionali dell'Istituto Internazionale del Freddo.

I Sezione. — Questioni scientifiche (1ª, 2ª e 3ª Commissione).

II Sezione. — Materiale frigorifero (4ª, 5ª e 6ª Commissione).

III Sezione. — Applicazioni generali del freddo (7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 11ª Commissione). — Alimentazione e derrate deperibili - Industrie agricole - Industrie del ghiaccio (7ª, 8ª e 9ª Commissione) — Industrie chimiche - Industrie delle bassissime temperature (10ª e 11ª Commissione).

IV Sezione. — Trasporti frigoriferi (12ª e 13ª Commissione) — Legislazione (14ª Commissione) — Insegnamento e volgarizzazione (15ª Commissione) — Economia generale e statistica (15ª Commissione).

Congresso d'igiene oculare e di oftalmologia infantile.

Si è svolto a Napoli sotto la presidenza del prof. Angelucci. La relazione ufficiale, affidata al dott. Vincenzo Rossi, concerneva il tema « La patologia della individualità in oftalmologia »; essa è stata commentata dal prof. Pietro Castellino.

Congressi medici di Vienna.

A Vienna si è tenuto, nella metà di aprile, il Congresso annuale della « Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie »; è indetto per la prima metà di giugno il VII Congresso della « Deutsche Gesellschaft für Nals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten »; verso la metà di settembre avrà luogo il XVII Congresso della « Deutsche Neurologische Gesellschaft » e verso la fine dello stesso mese un Congresso per le malattie della digestione e del ricambio. Si organizzano anche delle Esposizioni, in collegamento con i prossimi Congressi: avranno carattere scientifico, industriale e commerciale; a differenza di quanto si è fatto in passato, si vorrebbe ammettervi il pubblico. Si discute anche sull'opportunità di creare un'esposizione sanitaria permanente.

Una Mostra dei Comuni di cura.

Fra le mostre di cui andrà ricca la IX Fiera Campionaria che si svolgerà a Padova, è da segnalarsi quella dei Comuni di cura. La visione di tutte le opere che le Stazioni di cura hanno compiuto e compiono per il proprio sviluppo darà modo di constatare il progresso notevole delle Stazioni stesse, le quali se, fino a poco tempo fa, si reggevano soltanto per la fama delle loro virtù curative, oggi presentano anche speciali attrattive come sedi di gradito e piacevole soggiorno. Tale Mostra varrà anche a provare quanto in Italia si può e si sa fare pure in questo campo, giovando alla nobile propaganda intrapresa dal Governo Nazionale per la valorizzazione delle cose nostre in contrapposizione al malvezzo radicato di una aprioristica ingiusta preferenza di ogni cosa straniera.

Corso di ortopedia.

Si terrà a Berk Plage (Pas de Calais), sotto la direzione del dott. Calot, a partire dal 1° agosto e per la durata di una settimana, un corso sull'ortopedia indispensabile ai medici pratici, per medici e studenti di qualsiasi nazionalità; tassa d'iscrizione fr. 150. Il numero dei posti è limitato. Rivolgersi al Dr. Fouchet, Clinique Calot, quai d'Orsay, 69, Paris, ovvero all'Istitut Calot, Berck-Plage (P.-de-C.).

Per la riorganizzazione degli Ospedali riuniti di Roma.

Nel palazzo di S. Spirito il prefetto presidente del Pio Istituto, gr. uff. dott. Adolfo Cotta, ha insediato la Commissione Consultiva nominata in virtù del R. D. L. 21 aprle 1927, anno V, n. 625, così composta: comm. rag. Gino Senigaglia per il Ministero delle Finanze; comm. dott. Francesco Scalfati per il Ministero dell'Interno; gr. uff. dott. Guido Liebman per il Governatorato; comm. ing. Paolo Salatino per il Ministero dei Lavori Pubblici. Assisteva il segretario generale nob. gr. uff. avv. Alfredo Corelli, col primo segretario cav. dott. Mario Veniali. Era pure presente il nuovo ingegnere capo cav. uff. Marino Palombi.

Il presidente gr. uff. Cotta ha rivolto il suo cordiale saluto ai Membri della Consulta ed ha quindi brevemente riassunto i provvedimenti fino ad oggi adottati per avviare a rapida soluzione il ponderoso problema della riorganizzazione amministrativa e tecnica dell'Istituzione. Ha poi tracciato con rapida e precisa sintesi le linee generali del programma da svolgere per portare gli Ospedali di Roma a quel grado di perfezione che è imposta dalla tradizione secolare del grande istituto e dalle necessità dell'Urbe. Tale programma, che ha già ottenuto in via di massima l'approvazione di S. E. il Capo del Governo, considera, in particolar modo, la questione importantissima dell'edilizia ospedaliera che avrà, finalmente, una definitiva soluzione.

Il consultatore comm. Senigaglia, cui si associano i colleghi gr. uff. dott. Liebman, comm. ing. Salatino e comm. dott. Scalfati, contraccambia il saluto al presidente e lo assicura della fervida e devota collaborazione dei membri tutti della Consulta.

La Commissione Consultiva ha deliberato l'invio a S. E. il Capo del Governo del telegramma che qui riproduciamo e che è stato approvato per acclamazione: « S. E. Mussolini, Capo del Governo. — Commissione Consultiva dell'Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti, costituita con R. D. L. 21 aprile scorso, nell'iniziare oggi i suoi lavori, si onora per primo suo atto di porgere alla E. V. coi suoi sensi di pieno e deferente ossequio, l'assicurazione di dare con fervida fede fascista tutta l'opera sua per la soluzione dei ponderosi problemi ospedalieri dell'Urbe da V. E. sentiti con sicura e geniale visione della grandezza e dignità della Capitale d'Italia. — Prefetto presidente: Cotta; Consultori: Senigaglia, Liebman, Scalfati, Salatino; Segretario generale: Corelli ».

La sanità pubblica al Senato.

Discutendosi il bilancio dell'interno al Senato, il prof. Maragliano ha pronunziato un elevato discorso, in cui ha posto in rilievo l'opera fattiva spiegata dal Governo, ha richiamato l'attenzione sulla necessità di promuovere l'istruzione specializzata ed ha trattato in particolare dei servizi antitubercolari e della lotta contro la tubercolosi, che vorrebbe condotta con metodi fascisti.

All'Accademia dei Lincei.

Alla solenne seduta Reale dell'Accademia dei Lincei, tenutasi il 5 giugno, fu annunziato il conferimento del premio dell'Istituto Nazionale d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, per un'opera sulla patologia del cancro, al prof. Francesco Pentimalli.

Esprimiamo il nostro compiacimento al giovane ed illustre scienziato, le cui ricerche sul cancro si sono imposte rapidamente all'attenzione degli studiosi.

La Missione della Croce Rossa in Albania è rientrata in Italia.

È rientrata in questi giorni la massione della Croce Rossa in Almania composta dal capo missione capitano dott. Bonfigli, tenente medico Califano, tenente medico Cortese, un tenente d'amministrazione, due graduati e dall'ultimo scaglione di militi. Essa ha svolto per cinque mesi opera di assistenza e di soccorso ai colpiti dal terremoto, guadagnandosi la riconoscenza della popolazione albanese così duramente provata, e disimpegnando il compito con piena soddisfazione delle autorità locali e del nostro Governo.

Contemporaneamente è giunto al regio commissario della Croce Rossa Italiana il seguente telegramma della Croce Rossa albanese: « Dopo aver dato i suoi aiuti ed i suoi soccorsi con tanta devozione ai colpiti albanesi, la Missione della Croce Rossa italiana ha lasciato ieri Durazzo. In questa circostanza compiamo il dovere di esprimervi a nome della Croce Rossa albanese la nostra infinita riconoscenza per la grande solidarietà ed il benevolo interesse dimostrato alla Croce Rossa albanese. Particolarmente vi preghiamo di presentare i nostri ringraziamenti al comandante ed ai membri della missione inviati in Albania, per la grande attività ed il grande zelo che essi hanno messo nella esplicazione della loro opera umanitaria. — *Kemal Nafis*, dirett. Croce Rossa albanese ».

Al pontile d'imbarco di Durazzo il personale della Croce Rossa è stato salutato da un rappresentante di Ahmed Zogu, dalle autorità cittadine, dalla colonia italiana e dalla popolazione beneficata. Il presidente della Repubblica Albanese ha confermato in tale momento al Regio Ministro a Durazzo la riconoscenza dell'Albania per lo slancio con cui l'Italia volle portarle il suo valido disinteressato soccorso in occasione di una grave sciagura nazionale.

Contro il tracoma in provincia di Lecce.

Considerata la sempre maggiore diffusione del tracoma in provincia di Lecce, il Prefetto ha richiamato recentemente l'attenzione sulla necessità di istituire, in ogni Comune, Ambulatori antitracomatosi e di iniziare un'attiva propaganda igienica nella popolazione. Questa opera sarà devoluta ad un Ente, pel quale già si è provveduto alla nomina del Consiglio direttivo e al finanziamento. Frattanto il prof. Pansini a Lecce, e il prof. Chiatante a Maglie, hanno iniziato dei Corsi teorico-pratici di perfezionamento per i medici non specialisti che saranno a capo degli erigendi Ambulatori.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. È vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Pubblicazioni della nostra Casa Editrice, per i signori abbonati al " Policlinico ,, :

Dott. CARLO SANTORO
Assistente negli Ospedali Riuniti di Roma

SINDROMI D'URGENZA

Cause, Diagnosi e Terapia

Prefazione dei Dottori

TITO FERRETTI e GIOVANNI ANTONELLI

Chirurgo Primario Direttore — Docente di Patologia Medica Medico Primario
dell'Arciospedale " S. Spirito in Sassia „ di Roma

Perchè i lettori del " Policlinico „ ne abbiano conoscenza, riportiamo qualche giudizio espresso dalla stampa consorella, su questo volume del dott. Santoro;

« Nella prefazione del Prof. Ferretti per la parte chirurgica, del Prof. Antonelli per la parte me« dica (entrambi primarî dell'Ospedale di S. Spirito), è detto chiaramente quanto sia il valore di questo « libro del Dott. C. Santoro, degli Ospedali Riuniti di Roma. Egli ha diviso la vasta materia nelle se« guenti parti:

« Sindromi emorragiche, Sindromi dispnoiche, Sindromi dolorose, toraciche, S. d. addominali, S. « evacuative, S. urinarie, S. nervose. — Avvelenamenti, Scottature, Lesioni traumatiche, Corpi estranei.

« Si tratta indiscutibilmente di un libro accurato, pratico, serio. Del che davano già affidamento, « oltre la presentazione fattane dai due distinti primarii surricordati, anche la serietà della Casa Editrice « Luigi Pozzi, e la qualità, dell'egregio Autore, valoroso Assistente negli Ospedali di Roma ».

(Dalla « *Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica* », marzo 1927, Milano.

« Questo libro fa parte della « Collana dei Manuali del *Policlinico* » con cui l'editore Pozzi di Roma « svolge alta opera di benemerenza per la cultura pratica del medico italiano, ed è degno di tutta la « considerazione pel modo chiaro, succinto ed ordinato onde le Sindromi d'urgenza vi sono esposte. Giacchè « di ognuna vengono rapidamente esposte le cause, la sintomatologia, la diagnosi ed infine la terapia, in « modo che il medico possa compire l'opera di soccorso oculata e precisa, invece di quella oscura ed in« certa messa in pratica il più delle volte.

« Il libro contempla le sindromi emorragiche (epistassi, emottisi, ematemesi, emorragia intestinale, « ematuria, metrorragia); le sindromi dispnoiche da stenosi laringea, asistolia, asma, edema polmonare; « le sindromi dolorose (toraciche e addominali); le sindromi evacuative (vomito, diarrea) ed urinarie (ri« tenzione, anuria); le sindromi nervose, e poi gli avvelenamenti acuti, le scottature, i processi infiam« matori acuti, le lesioni traumatiche, ed in ultimo i corpi estranei della congiuntiva, naso, orecchio, ecc.

« La cura della sindrome d'urgenza rappresenta la bestia nera del medico; e non soltanto del pra« tico novellino, ma anche di qualche vecchio cattedratico brontolone, il quale assumerebbe anche egli un « colorito... nero, in presenza di una qualsiasi volgare epistassi.

« La lettura di questo bel libro è quindi consigliabile a tutti: per illuminare l'oscurità della sin« drome e quella di se stessi ».

(Da « *La Rinascenza Medica* », Napoli, aprile 1927).

È un nuovo volume di quella « Collana Manuali del Policlinico » che il solerte editore Luigi Pozzi « pubblica a vantaggio dei medici italiani, nell'intento di arricchire la letteratura medica del nostro « paese di pubblicazioni sempre migliori, a profitto degli studiosi.

« L'Autore tratta le *sindromi d'urgenza*, ossia il pronto soccorso medico e chirurgico, studiandone « le cause, i sintomi, i segni differenziali, per stabilirne la diagnosi precisa e sicura, ed in fine si occupa « della cura, enumerando e vagliando tutti i sussidî della medicina interna, come anche tutte le risorse « della chirurgia generale e speciale. Il suo merito principale consiste nell'aver saputo condensare in un « numero di pagine relativamente limitato (circa 400 in tutto) quanto oggi si conosce e quanto in ogni « caso può giovare in un campo così esteso, concernente la medicina e la chirurgia d'urgenza.

« Il libro si apre colle sindromi emorragiche, seguono le sindromi dispnoiche, le dolorose toraciche « ed addominali, le evacuative (vomito e diarrea), le urinarie, le nervose; indi l'Autore si occupa degli « avvelenamenti acuti, dei processi infiammatorî acuti, delle scottature, delle lesioni traumatiche ed in fine « dei corpi estranei. L'opera si chiude con un accurato indice alfabetico degli argomenti svolti.

« Ed in vero il Santoro non ha soltanto scritto un libro pratico, ma ha fatto un'opera scientifica, « giacchè nel suo pensiero è sempre la sindrome morbosa che domina e tutte le altre considerazioni sono « secondarie, mentre tutto ciò che non appartiene alla patologia ed alla clinica è saggiamente trascurato.

« È un'opera della quale nessun medico pratico saprà fare a meno e che non mancherà d'incontrare « il favore incondizionato degli studiosi, costituendo, in una felice sintesi finale, un MANUALE DI « PRONTO SOCCORSO accurato e completo.

« Tutta la più ampia lode va anche data all'infaticabile editore Pozzi il quale sa rendersi così « benemerito della buona stampa scientifica medica in Italia ». M.

(Dagli « *Annali di Medicina Navale e Coloniale* », Roma, Fasc. III, aprile 1927.

Un volume in-8° di pagine XII-400, nitidamente stampato su carta semipatinata. — In commercio L. **45** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati in Italia solo L. **41,90** in porto franco. Per l'estero aumentare il 10 % per le maggiori spese postali di spedizione.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina, 14, aggiungendo: per l'Ufficio postale Succ. diciotto, ROMA. Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, Via Sistina 14, Roma

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI

LA VOCE PARLATA E CANTATA NORMALE E PATOLOGICA :: :: ::

Guida allo studio della fonetica biologica.

Prefazione del Prof. SANTE DE SANCTIS, della R. Università di Roma.

Ci sia consentito di riportare qualcuno dei tanti giudizi espressi dalla stampa Italiana su questa pubblicazione del prof. Bilancioni:

« Ecco un libro del Bilancioni, nel quale non saprei più ammirare la stessa coltura, che il metodo e l'or« dine nel quale è esposta la copiosa messe dei lavori sopra questo argomento. Non è capitolo nel quale « l'uomo di scienza desideroso di approfondire i difficili problema della voce cantata e parlata, non trovi e « negli scritti dei passati e nelle ricerche dei presenti, tutto quello che fino ad ora si è fatto e si è scritto..... « È questo un libro che non si può riassumere, bisogna leggerlo e tutto quanto da cima a fondo... ».

(Dagli « *Annali di Laringologia* », anno XXV, p. 188). Prof. GIULIO MASINI.

« Lo studio della voce, di questa palpitante e vibrante arma di verità e di libertà, alato strumento di per« suasione e di malioso effetto artistico, può venire intrapreso sotto vari aspetti, dal punto di vista fisico-acu« stico, fisiologico, oratorio e musicale: ebbene, il volume del Bilancioni, che reca ad ogni pagina il segno « della propria lunga esperienza, nella ricca documentazione dei grafici e degli esperimenti fisiologici e clinici, « considera la voce in tutto il suo svolgimento e sotto ogni espressione fenomenica. Nulla è trascurato, dai ri« chiami dell'arte classica al portato delle ultime conoscenze scientifiche, nostre e straniere.

« Oltre i *laringologi* e *i medici in genere*, una schiera di persone colte dovrà interessarsi del problema: « musicisti e cantanti, educatori dei sordomuti e dei deficienti, artisti drammatici, oratori, avvocati, psicologi « e psichiatri.

« Si lamenta che sovente maestri di canto e artisti siano completamente ignari delle più elementari no« zioni di anatomia, fisiologia e di fonetica. Occorre riflettere che nel periodo glorioso dell'insegnamento del « *bel canto*, i grandi maestri, come il Porpora e il Marchesi, supplivano con l'osservazione esatta, precisa e « istintiva alla deficenza di nozioni scientifiche, in modo da rispondere ai postulati moderni della fonetica bio« logica; oggi, il frutto dell'esperienza obiettiva deve sostituirsi all'empirismo.

« Noi italiani, dopo di essere stati fra i primi a intendere l'importanza di tal genere di studi — basti pen« sare al *De vocie* di Leonardo da Vinci — non avemmo l'avvedutezza di organizzarli in guisa da ottenere il « frutto dalle nostre geniali fatiche, lasciando all'entusiasmo dei singoli quello che doveva essere opera di un « interessamento collettivo. Questa passione si rivela in tutto il libro del Bilancioni, « materiato — come dice il « De Sanctis nel presentarlo — di studi indefessi e sottili, e perciò da leggersi e rileggersi... *Voce che squil« lando ai quattro venti può essere udita da tutti e anche da lontano* ».

« Bella e ricca di decoro artistico l'edizione del Pozzi; in calce doviziosa bibliografia italiana ».

(Da « *L'Italia che scrive* », n. 51, Roma). CESARE BOTTI.

« Lo studio della voce costituisce uno dei capitoli più complessi e difficili della fisiologia umana; esso do« vrebbe essere oggetto di vivo interessamento non solo per il laringologo, ma anche patrimonio culturale del « maestro e dell'artista di canto e in generale dell'oratore. Ma la scienza della voce non ha ancora diritto di « cittadinanza nei nostri istituti musicali ed è, si può dire, completamente ignorata da molti che pure do« vrebbero professarla.

« Ogni giorno noi dobbiamo deplorare le dannose e spiacevoli conseguenze di un simile stato di cose, che « si riflettono specialmente sull'avvenire di molti giovani, i quali aspirano alla carriera teatrale. Come può « infatti un *laringologo* dare un giudizio esatto se un soggetto potrà o no cantare, se non conosce a fondo la « scienza e la tecnica della voce? Come può un maestro di canto basare il suo indirizzo di studio esclusiva« mente sul cieco e vieto empirismo, senza conoscere le leggi fondamentali della fonetica biologica? Questo è « certamente non ultima ragione della decadenza odierna del bel canto.

« Inspirandosi a questi concetti, Guglielmo Bilancioni, forte tempra di scienziato appassionato e profondo, « scrittore geniale — tutti ricordano la sua *Sordità di Beethoven* — la cui opera scientifica si è così salda« mente affermata, ha dettato questo volume per i *medici*, per i maestri di canto, per gli artisti, per le per« sone colte, quale guida allo studio della fonetica sperimentale. Libro veramente completo, poichè in esso « l'argomento è svolto sotto ogni aspetto.

« Interessantissima è la parte del libro che tratta della patologia della voce, dalla blesità, dalle afonie al « sordomutismo e alle lesioni indotte da malattie del sistema nervoso centrale. A questa esposizione dottrinale « l'autore ha portato il contributo di documenti e di grafici, frutto della propria esperienza clinica e di ricer« che personali condotte per oltre dieci anni di tenace lavoro.

« Questo volume ha veste tipografica elegantissima, è ricco di illustrazioni e di una bibliografia di tutti i « lavori italiani. È un libro che va letto e meditato.

(Dal « *Messaggero* », Roma).

« . . . delizioso, geniale e profondissimo libro — opera di scienziato e di artista..... ».

(Dalla « *Tribuna* », 27-1-1927, Roma). Prof. PIETRO SILVIO RIVETTA.

Un volume in-8°, di pagg. XII-512, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 194 figure originali nel testo e con riuscitissima illustrazione **" Da una formella della Cantoria di Luca della Robbia "** sulla copertina.

Prezzo L. **35** più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati in Italia sole L. **32,90** in porto franco. Per l'Estero aumentare il 10 % per le maggiori spese postali di spedizione.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo «per l'Ufficio postale Succ. diciotto», ROMA. Per i Vaglia Bancari (che devono essere riscuotibili in Roma) basta indirizzare: Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, Roma.

ANNO XXXIV Roma, 20 Giugno 1927 Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Ai ritardatari rivolgiamo nuovo invito perchè l'importo d'abbonamento pel 1927 ci venga rimesso **senza altro indugio**, mediante Assegno Bancario, o con Vaglia Postale. Ed avvertiamo che, trascorso il 30 corrente mese, ci terremo autorizzati a spiccare **Tratta postale** a carico di coloro che, pur avendo continuato a ricevere ed a trattenere i Fascicoli del *" Policlinico "*, non ci avranno inviato ancora il dovuto ammontare dell'abbonamento. Alla TRATTA, secondo è detto nelle condizioni di abbonamento, verranno aumentate L. 5 per le occorrenti tasse postali ed altre spese che la medesima comporta.

L'Amministrazione.

N. B. - I vaglia vanno intestati al nome dell'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - Roma.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI GROSSETO - REPARTO MEDICINA.

Sulla Plasmochina, derivato sintetico della Chinolina, rimedio antimalarico.

Prof. GUGLIELMO MEMMI e Dr. WERNER SCHULEMANN

Alla metà del secolo XVII furono introdotti in Europa i primi quantitativi di corteccia di China. Nel 1820 fu isolata da essa la chinina, la cui struttura chimica Rabe potè stabilire definitivamente nel 1907.

La sintesi completa della chinina non è stata finora praticata; del pari riuscirono vani finora tutti i tentativi di ottenere un composto di struttura simile a quella della chinina ed efficace contro la malaria.

Nel 1925 Schulemann, Schönhöfer e Wingler prepararono sinteticamente la *Plasmochina* (alchilammino - 6 - ossimetilchinolina) nei laboratori scientifici della I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft in Elberfeld. Roehl constatò l'efficacia di questo composto, mediante un metodo nuovo da lui elaborato, nell'infezione dei canarini per opera del Plasmodium relictum. Sioli trovò che la *Plasmochina* è efficace nei pazienti affetti da paralisi progressiva infettati di malaria. Infine Mühlens potè dare la dimostrazione che la *Plasmochina* alle dosi giornaliere di 3 volte gr. 0,02 è in grado di distruggere nella malaria terzana e quartana tutte le forme di parassiti; trovò inoltre che nella malaria estivo-autunnale essa svolge un'azione del tutto differente da quella della chinina, cioè agisce poco sulle forme asessuali (schizonti) dei parassiti dell'estivo-autunnale, e invece distrugge sicuramente e rapidamente le forme sessuali (gameti, semilune). La chinina ha invece azione spiccata sugli schizonti e pressochè nulla sulle forme sessuali.

La « Plasmochina » non è dunque un surrogato della Chinina bensì un medicamento sintetico di nuovo genere con proprietà terapeutiche del tutto particolari.

Personalmente noi abbiamo fatto esperienze terapeutiche colla *Plasmochina* nell'autunno del 1925 e nell'estate ed autunno del 1926 su circa 120 malarici nell'Ospedale di Grosseto (Toscana). Abbiamo pubblicato nella ***Rivista di Malariologia*** (Fasc. 1, 1927) un esteso resoconto delle nostre esperienze; qui daremo soltanto un breve sunto dei risultati ottenuti.

Abbiamo usato per la cura:

1) Plasmochina in compresse da gr. 0,02;

2) Plasmochina composta, in forma di pastiglie. Una pastiglia contiene gr. 0,01 di Plasmochina e gr. 0,125 di solfato di chinina.

Abbiamo constatato che la *Plasmochina* è in grado di distruggere tutte le forme di sviluppo del Plasmodium vivax (malaria terzana) e del Plasmodium malariae (malaria quartana). Con dosi giornaliere di 3 volte gr. 0,02 di *Plasmochina* la febbre scompare al 1°-2° giorno di cura, i parassiti al 5° o 6° giorno.

Nel Plasmodium vivax si osservano « forme di lacerazione » del parassita. La malaria quartana è forse un po' più resistente. La *Plasmochina* non dà al pari della chinina una « sterilisatio magna ». Anche con la *Plasmochina* è necessario di proseguire la cura per settimane, al meglio secondo lo schema indicato da Mühlens:

MALARIA TERZANA E QUARTANA.

Per 7	giorni	3 volte gr. 0,02 di Plasmochina
4	»	di pausa
» 3	»	3 volte gr. 0,02 di Plasmochina
4	»	di pausa
» 3	»	3 volte gr. 0,02 di Plasmochina
4	»	di pausa
» 3	»	3 volte gr. 0,02 di Plasmochina
4	»	di pausa
» 3	»	3 volte gr. 0,02 di Plasmochina
4	»	di pausa
» 3	»	3 volte gr. 0,02 di Plasmochina

Forse la durata della cura successiva può essere abbreviata, ma questo argomento deve essere prima studiato sperimentalmente.

Sul Plasmodium falciparum (malaria estivo-autunnale) la *Plasmochina* agisce in modo tutto affatto diverso dalla chinina. La *Plasmochina* è poco efficace sulle forme asessuali della estivo-autunnale ed altamente efficace sulle forme sessuali. Invece la chinina agisce soltanto sugli schizonti ed è inefficace sui gameti. La *Plasmochina* non è dunque nella malaria estivo-autunnale un surrogato della chinina, ma un rimedio contro i gameti.

Si riesce bensì con dosi giornaliere di 2 volte gr. 0,05 di sola *Plasmochina* a far scomparire febbre, schizonti e gameti, ma lo sfebbramento tarda troppo a verificarsi, insorgono rapidamente recidive e la dose è troppo vicina a quella tossica.

Con 3 volte al giorno gr. 0,02 di *Plasmochina* combinati a 3 volte gr. 0,25 di solfato di chinina (ossia con 3 volte 2 pastiglie di *Plasmochina composta*), febbre e parassiti scompaiono nel tempo e modo che noi vediamo di solito con le dosi giornaliere di gr. 1,5-2 di chinina. I vantaggi della cura combinata consistono tanto nella più sicura scomparsa delle semilune entro 6-8 giorni (spesso anzi la loro comparsa è inibita a priori), quanto nella mancanza dei noti disturbi provocati dalle alte dosi di chinina, come senso di ebbrezza, ronzii di orecchio, ecc. Quale importanza epidemiologica possa avere il fatto della distruzione (che finora non era possibile) dei gameti, stabiliranno ricerche sistematiche all'uopo predisposte.

Nelle nostre ricerche lo schema di cura con pause che è sufficiente per la malaria terzana e quartana, non ci ha soddisfatto completamente nei casi di malaria estivo-autunnale. Specialmente nelle recidive e nella malaria estivo-autunnale cronica autoctona abbiamo osservato in parecchi casi, durante o subito dopo le pause nella cura, recidive di schizonti.

Abbiamo avuto invece risultati molto buoni quando siamo passati alla cura continua con 3 volte al giorno 2 pastiglie di *Plasmochina composta* durante 14 giorni, per poi intercalare brevi pause di 2 giorni l'una.

Raccomandiamo pertanto nella cura della malaria estivo-autunnale una cura ininterrotta di almeno 14 giorni con 3 volte al giorno 2 pastiglie di *Plasmochina composta*. In seguito:

2	giorni	di pausa
Per 4	»	3 volte al giorno 2 pastiglie di Plasmochina composta
2	»	di pausa
» 4	»	3 volte al giorno 2 pastiglie di Plasmochina composta
3	»	di pausa
» 4	»	3 volte al giorno 2 pastiglie di Plasmochina composta
3	»	di pausa
» 4	»	3 volte al giorno 2 pastiglie di Plasmochina composta
4	»	di pausa
» 3	»	3 volte al giorno 2 pastiglie di Plasmochina composta

Probabilmente le recidive che con questo metodo di cura sono già rare, non si produrranno affatto neppure nelle infezioni più ostinate di malaria estivo-autunnale, se si riesce a prolungare la cura iniziale, non interrotta da pause, da 14 giorni a 3-4 settimane.

Per utilizzare nella cura l'azione stimolante sui parassiti (da noi descritta nella *Rivista di Malariologia*) mediante le alternative tra *Plasmochina* e chinina, sarebbe anche opportuno di fare esperienze con un metodo di cura continuato, nel

quale dei giorni di cura con sola *Plasmochina* fossero alternati — in modo appropriato e ancora da sperimentare — con giorni di cura con chinina, senza intercalare pause.

Con la *Plasmochina* e rispettivamente con la *Plasmochina composta* regredisce in modo sorprendente il tumore di milza anche in casi di malaria estivo-autunnale cronica; il numero degli eritrociti e il tasso dell'emoglobina aumentano per lo più rapidamente.

In casi di chinino-resistenza, idiosincrasia alla chinina e febbre emoglobinurica, la *Plasmochina* è ben tollerata ed è efficace quando la chinina fallisce. Gli effetti accessori della *Plasmochina* possono essere la cianosi e i dolori di ventre.

La cianosi dipende verosimilmente da un disordine nella conduzione degli stimoli nel cuore e viene in parte corretta dalla chinina. Pertanto la *Plasmochina composta* agisce meglio della semplice *Plasmochina*. Non è ancora definitivamente chiarito se per opera della *Plasmochina* si formi nell'uomo, e con le dosi terapeutiche indicate, metaemoglobina in notevole quantità. Nel gatto Eichholtz potè constatare metaemoglobina con dosi tossiche.

Con le dosi da noi indicate la « cianosi » raggiunge di rado alti gradi; di solito si osserva soltanto — quando si hanno in genere fatti di cianosi — una colorazione bluastra debole delle labbra. Disordini più gravi — anche con cure prolungate — o senz'altro casi di morte non sono finora stati osservati nè da noi, nè in altri luoghi (Balcani, Amburgo, ecc.).

La *Plasmochina* può provocare dolori di ventre specialmente se è somministrata a dosi singole alte e a stomaco vuoto. Se invece si dànno ogni giorno 3 volte gr. 0,02 di *Plasmochina* dopo i pasti, è raro osservare dolori di ventre che siano causati veramente dalla *Plasmochina*.

Non si osservano mai con la *Plasmochina* disturbi del sistema nervoso centrale; nell'urina non si trova mai albumina. Le nostre ricerche non ci permettono di dare un giudizio sulle recidive dopo la cura con la *Plasmochina*. Del pari non abbiamo potuto fare ricerche di profilassi.

Molto c'è ancora da fare prima di poter dare un giudizio definitivo sul nuovo medicamento; in base alle nostre esperienze questo possiamo dire, che nella *Plasmochina* abbiamo un nuovo medicamento sintetico di azione sicura, speciale e spiccata verso i parassiti della malaria. Si può in particolare attendersi che la possibilità che attualmente la *Plasmochina* ci dà di distruggere i gameti della estivo-autunnale — verso i quali eravamo finora del tutto impotenti — possa avere importanza epidemiologica nel senso di ridurre i casi di infezione di malaria estivo-autunnale.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI SCHIO (VICENZA).
DIVISIONE CHIRURGICA diretta dal prof. C. MARIANI.

Un caso di mixosarcoma primitivo del fegato a sintomatologia di ascesso epatico

per il dott. UGO BEGGIATO, assistente effettivo.

È ammesso dalla maggioranza degli studiosi che il fegato è più frequente sede dei tumori maligni metastatici che di quelli primitivi; fra questi facili a trovarsi sono i carcinomi, meno i sarcomi e meno ancora i linfosarcomi e i mixomi. La forma più comune di sarcoma primitivo epatico è l'angiosarcoma (Pisano) nel senso di Hippel e Krompecher. Mentre in passato il fegato mai (Wirchow, Cornil, Ranwier ed altri), o solo raramente (Chauffard e Ziegler) era ritenuto come possibile sede di sarcomi primitivi, autori più recenti (Maffucci 1881 ed altri) ammettono abbastanza frequente l'impianto primitivo nel fegato di tumori maligni di origine connettivale e portano anche dati utili per una precisa diagnosi clinica di natura e sede. Il Pepere, che pur considera abbastanza rara la localizzazione epatica, spiega l'estrema rarità, in cui era tenuto per il passato quest'organo come sede primitiva di sarcomi, col fatto che questi AA. confondevano spesso i sarcomi con i carcinomi (specie col cancro midollare). AA. anche moderni escludono dal novero dei sarcomi primitivi epatici, tutti quei casi in cui non risulta sia stata fatta una completa e minuziosa autopsia o siano stati incompleti gli esami istologici. Marx e Pisano sono d'opinione di non considerare primitivi quei sarcomi epatici che si accompagnano a gravi ed estese alterazioni neoplastiche in organi che sono sede frequente di neoplasie primitive (rene, stomaco ecc.).

Istologicamente il sarcoma è un tumore connettivale di cui, secondo la forma e grandezza degli elementi parenchimali si hanno le seguenti varietà (colla nomenclatura di Barbacci):

Sarcoma globocellulare: magniglobocellulare; parviglobocellulare.

Sarcoma fusocellulare: magnifusocellulare; parvifusocellulare.

Sarcoma a cellule polimorfe.

Sarcoma a cellule giganti.

Quando le cellule sarcomatose hanno anche la proprietà di elaborare una sostanza fondamentale (mucosa, fibrinosa, cartilaginea o ossea) allora si hanno le varietà secondarie di:

Sarcoma: mixomatoso; fibromatoso; condromatoso; osteomatoso.

Queste denominazioni vengono confuse facilmente con quelle di mixosarcoma, fibrosarcoma ecc., colle quali si designano le forme miste, quelle cioè in cui un mixoma, un fibroma ecc., prolifera accanto, intimamente compenetrato, con una forma sarcomatosa (Barbacci). I sarcomi sono di solito ben provvisti di vasi e possono andar soggetti a quasi tutte le degenerazioni parenchimali; in essi possono trovarsi focolai necrotici, apoplettici, infarti emorragici che, se si ulcerano, possono dar luogo a emorragie anche mortali.

Premessi questi brevi ricordi anatomo-clinici passiamo alla descrizione del nostro caso.

Z. Anna, a. 6 di Marano Vicentino, non presenta nulla di patologico nel gentilizio. Nata a termine da parto normale è stata sempre allattata al seno materno; non soffrì i comuni esantemi dell'infanzia; a sei anni ebbe inizio la dentizione. La bambina, a quanto riferisce la madre, donna abbastanza intelligente, è sempre stata bene fino a circa due mesi fa, quando cominciò a lagnarsi di qualche modico dolor di ventre, senza fissa localizzazione, accompagnato da qualche scarica alvina giallo-verdastra, senza sangue; ritornava da scuola lamentandosi alle volte di cefalea e di stanchezza agli arti inferiori. Preoccupati per il progressivo pallore della figlia, i famigliari la portano il 20-6-26 da un sanitario che, fatta diagnosi di gastroenterite, consiglia di tenere il letto e prescrive fermenti lattici; ciò nonostante si notava rapido dimagramento della malata. Il 25-6-26 alle ore 5 la paz. si sveglia improvvisamente accusando un acuto dolore all'ipocondrio destro; c'è modica febbre. Nella mattinata ha vomito, che si è più tardi ripetuto un'altra volta, di latte coagulato, da poco ingerito. Interpellato il medico del paese questi pensa trattarsi di affezione epatica. Non si sa se da quel momento ci sia stato un rapido aumento di volume del fegato. L'appetito intanto andava gradatamente diminuendo e la febbre persisteva (37°,4-38°,8), pare, senza brividi di freddo. Non tosse, nè singhiozzo, nè ittero, nè alcun trauma locale pregresso. Mentre nei primi giorni del dolore la paz. preferiva il decubito laterale destro, in seguito decombeva indifferentemente sui lati e supina. I famigiari intanto, vedendo che il dolore andava accentuandosi, che la febbre persisteva e che la figlia deperiva sempre più, il 30-6-26 sera chiedono a consulto l'egregio mio primario prof. Mariani che consiglia il ricovero della malata in ospedale, avvenuto il giorno seguente, per sottoporla a intervento chirurgico, avendo confermata la diagnosi di ascesso epatico prospettatagli dal medico curante.

E. O. Bambina in cattive condizioni di nutrizione, con cute e mucose pallide, senza ittero, si lagna di dolore che localizza al quadrante super. destro addominale e alla base toracica destra. L'addome si presenta aumentato di volume e meteorico; l'area di ottusità epatica ingrandita tanto che alla palpazione si sente sporgere fino a tre dita trasverse dall'arcata costale una tumefazione, che si riconosce essere il fegato, uniformemente liscia e piuttosto elastica. La base dell'emitorace destro è più espansa dell'omologa sinistra, e gli ultimi spazi intercostali sono quasi appianati: la pressione, anche leggera, su questa zona e sulla superficie epatica, che sporge dall'arco costale, provoca vivo dolore. La bimba è dispnoica e negli atti respiratori la zona dolente si muove poco; il respiro è in parte toracico superiore e in parte addominale. Le condizioni generali e lo stato del polso ci inducono a non tormentar tanto la malata.

Nulla di anormale rilevasi all'esame dell'apparato respiratorio, circolatorio e digerente, non si palpano ghiandole ingrossate, nè, a causa del meteorismo, i reni e la milza; non vi è versamento toracico nè addominale.

Non è stato possibile praticare esami delle feci, urine, e sangue. Febbre 37°,4-37°,6. Per tutta la giornata e la notte successiva la bambina è irrequieta, ha vomito di materiale liquido, senza traccie macroscopiche di sangue e di bile; si lagna sempre del dolore a destra, che non si trasmette alla spalla; non ha singhiozzo.

Non si esegue nessuna puntura esplorativa. Confermata, come più probabile, la diagnosi di ascesso, si va al tavolo operatorio ove, sotto narcosi morfino-eterea, viene praticata, dal chirurgo primario prof. Mariani, l'incisione della cute e dei tessuti sottocutanei seguendo il decorso della 9° costa di cui si reseca un frammento anteriore.

Al nostro occhio si presenta subito il fegato sotto forma di tumefazione rotondeggiante, molle, fluttuante dalla cui incisione fuoriesce materiale di color bruno, di consistenza cremosa, commisto a grumi di sostanza più consistente, friabili, senza traccie macroscopiche di pus: non è altro che sangue misto a tessuto epatico in parte rammolito.

Svuotata quasi completamente la cavità con molto accorgimento per non rompere qualche difesa naturale, si notano in essa dei tramezzi facilmente asportabili che, per la precedente ragione, si lasciano in parte integri.

Date le condizioni gravi della paziente si sospendono altre ricerche e ci si accontenta di tamponare e drenare la cavità applicando qualche punto di sutura cutanea all'estremità della ferita operatoria, lasciando in noi però la certezza che parecchio altro di patologico fosse rimasto nascosto alle nostre limitate indagini.

La bambina muore dopo circa due ore.

Autopsia. Sollevato il piastrone sterno-costale e aperto l'addome ci appare un fegato voluminoso che sporge circa quattro dita trasverse dall'arcata costale. Colla mano portata dentro la gabbia toracica si tolgono alcune tenui aderenze costo-epatiche.

Tolto il drenaggio di garza e penetrati più in alto, si palpa una massa dura, aderente tenacemente al diaframma che si toglie in parte insieme col fegato il cui maggior volume risulta a carico specialmente del lobo destro, mentre il sinistro è di poco ingrandito ed è normale per colore e per consistenza al taglio.

Nella parte superiore del lobo destro sporge un tumore unico, grande quanto un arancio, di color bianco grigiastro, nel cui punto più superficiale c'è una tenace aderenza col diaframma, dovuta a ulcerazione del neoplasma, che al taglio è duro e stride. Verso l'addome il tumore è

in diretta continuità con una cavità vuota, grande come una grossa mela, in cui pescava il drenaggio, la quale non presenta nulla di diverso dal reperto operatorio.

Attorno al nodo neoplastico centrale se ne nota qualche altro più piccolo.

Completo la necroscopia esaminando minuziosamente tutti gli altri organi, senza trovare null'altro di patologico. Tolgo qualche pezzo del tumore che invio, per un esame microscopico, ad un R. Istituto Universitario di Anatomia-patologica dal cui direttore mi viene riferito quanto segue: « È un mixosarcoma giganto-cellulare con elementi così voluminosi e così profondamente atipici quali vidi soltanto di rado. Le cellule neoplastiche fusate, rotonde, grandi, stellate sono raccolte in grandi aggruppamenti, tra masse di tessuto mucinico (inbianchito macroscopicamente dal formolo) e filamenti di connettivo collageno isolati o a fascetti. Non è, il tumore, ricco di vasi sanguigni. Non vi si vede all'intorno reazione flogistica. Il fegato sembra, nella sua parte nobile, comportarsi passivamente dinanzi all'aggressione del tumore la cui matrice è il connettivo di sostegno ».

*
* *

Stabilita quindi la diagnosi anatomo-patologica di mixosarcoma primitivo del fegato, vediamo di renderci ragione della sintomatologia clinica.

I sarcomi primitivi epatici per lo più, a differenza dei carcinomi e di altre neoplasie del fegato, sono unici, più o meno grandi, con rare metastasi, provocano un ingrandimento uniforme dell'organo, per cui se non sono a sede esteriore o non sono impiantati fin dall'inizio su vie e organi biliari importanti, possono per un po' di tempo evolvere muti e passare inosservati, finchè un episodio nuovo nel decorso non vi attiri l'attenzione del malato e del medico. Di conseguenza questi si può trovare dinanzi a qualche disturbo che il malato comincia ad accusare nel pieno benessere e che lo lascia incerto, anche vario tempo, sulla sua vera genesi. Mentre in passato il clinico si accontentava solo di stabilire la diagnosi di tumore maligno del fegato, perchè nessun aiuto poteva portare a tali ammalati, oggi si tende, e giustamente, a voler stabilire in vita anche la natura di questi tumori. Vi sono studiosi che, aiutati dal laboratorio e valutando attentamente anche i più sottili elementi di fatto presentati da tali ammalati, sono riusciti a porre il medico pratico in condizione di poter qualche volta fare in vita la precisa diagnosi di sede e di natura del tumore maligno. Dove spesso si fermava l'indagine del pratico era nella diagnosi differenziale tra sarcoma e carcinoma primitivi del fegato. Il Pepere però è riuscito a porre una triade fenomenica, che qui sotto riporto, ormai riconosciuta molto utile praticamente:

Sarcoma epatico:

Volume epatico: sempre rapidamente molto aumentato.

Ittero: assente o tardivo.

Ascite: scarsa o nulla.

Carcinoma epatico:

Volume epatico: poco o nulla aumentato, spesso impicciolito.

Ittero: costante e precoce.

Ascite: concomitante.

Il Ferrannini e il Franceschi condividono le idee del Pepere, aggiungendo, quale altra caratteristica del sarcoma, la mancanza di metastasi extra addominali e la modestia dell'epatalgia (più propriamente è un senso di peso, è un dolore gravativo che veri fatti lancinanti). La minor cachessia, inoltre, degli individui sarcomatosi, quale conseguenza del più rapido decorso, in aggiunta ai criteri precedenti, può servire bene per la sopradetta diagnosi differenziale. Dato però che la clinica non è patologia, che cioè ogni malato ha la sua malattia, il valore della triade di Pepere non è assoluto, ma non per questo perde della sua alta importanza.

Che sintomatologia presentava la nostra paz. quando è stata visitata la prima volta (20-6-26) dal medico? Vaghi dolori di ventre, cefalea, facile stanchezza degli arti inferiori e qualche scarica alvina liquida erano i soli suoi disturbi in base ai quali quel sanitario ha fatto diagnosi di gastroenterite. Noi non sappiamo se vi fosse epatomegalia, che, se in atto, sarebbe stata giustificata dalla presunta gastroenterite, a cui sarebbero stati collegati anche la modica febbre e il dimagramento. Dovettero passare ancora alcuni giorni prima che un fatto acuto sorgesse a richiamare l'attenzione sulla vera localizzazione del male, senza poterne però stabilire la natura. Venne quindi posta, dopo qualche giorno, come più probabile, la diagnosi di ascesso epatico, colla quale la malata viene inviata all'ospedale ove, dopo esserene stato confermato il giudizio diagnostico, viene operata.

Era questa la diagnosi clinica più ammissibile? Nella nostra paz. si è constatato ingrandimento epatico a bordo inferiore liscio; senso di elasticità alla palpazione sottocostale; vivo dolore locale sia spontaneo e più ancora se provocato colla pressione, dolore insorto improvvisamente, che però non si può sapere se si trasmettesse o no alla spalla destra, perchè di questa localizzazione la bambina non si è mai lagnata; pregressi e tuttora presenti disturbi intestinali, vomito e febbre non molto elevata, non costante, con qualche rialzo fino a 38°,8, pare senza brividi di freddo.

Confrontando ora i predetti sintomi con quelli

di altre affezioni epatiche noi vediamo che mentre nei sarcomi l'aumento di volume del fegato è cospicuo e rapido, negli ascessi e nelle cisti da echinococco all'ingrandimento, non così accentuato, si accompagna sensazione di elasticità alla palpazione; inoltre nelle cisti E. sintoma importante ma non patognomonico (Ferrannini) è il fremito idatideo. Nel carcinoma invece il fegato non è mai molto grande, è di consistenza piuttosto dura, c'è cachessia concomitante e progressiva, e frequenti sono l'ittero e l'ascite. Eziologicamente noi vediamo l'ascesso epatico essere spesso preceduto da disturbi intestinali, che sono facili a trovarsi nel decorso invece del sarcoma. Il dolore all'ipocondrio destro, che quasi sempre si propaga alla spalla omonima, a volte acutissimo nell'ascesso e nelle cisti suppurate, si fa sentire nei sarcomi e nelle cisti non suppurate come senso di peso e di tensione; negli ascessi di piccole dimensioni questo sintoma può mancare, ma allora manca pure l'epatomegalia. La febbre, già da tempo riscontrata anche nei tumori maligni del fegato, si presenta in questi con quadri diversi: può essere a tipo remittente o intermittente (il più frequente), con carattere tubercolare (Libert) o malarico (Hampeln di Riga); può acquistare un decorso atipico ed essere anche espressione di complicanze neoplastiche. Le cisti da E. hanno in genere un decorso apirettico, escluso il caso in cui sopravvenga suppurazione assumendo allora l'aspetto di ascessi epatici nei quali la febbre è intermittente, con brividi e sudorazione, e nei quali si ha spesso vomito e qualche volta versamento pleurico destro reattivo. Non è questa una legge assoluta però, perchè secondo il Moro si possono avere ascessi del fegato senza febbre e cisti da E., non suppurate, a decorso febbrile. Per la sifilide noi troviamo utili dati diagnostici nell'anamnesi, nella presenza o meno di altre lesioni luetiche e nel laboratorio.

Tenuta in scarsa considerazione sia l'ipotesi d'un tumore, per l'età della paz., sia quella di una cisti da E., mancando per questo parassita, nel caso della nostra paz., le più comuni condizioni di vita e perchè in 22 anni di cospicua pratica chirurgica nel nostro ospitale, situato in zona pedemontana, il mio primario ne ha operato un solo caso, il nostro giudizio diagnostico si è indirizzato verso l'ascesso epatico. Il Durante, a tal riguardo, dice che il decorso rapidissimo e il conseguente rapido ingrandimento del volume epatico sono criteri decisivi per la diagnosi di sarcoma primitivo del fegato; aggiunge però che solo la flogosi acuta con esito in suppurazione può avere simile decorso.

La puntura esplorativa avrebbe probabilmente indirizzato il nostro giudizio verso un altro ordine di idee, ma sapendo che non sempre dice il vero (vari chirurghi, anche dopo averla ripetuta più volte sempre con esito negativo, si sono dovuti accontentare di intervenire in base al solo criterio clinico) e che espone il paz., a gravi pericoli per l'eventuale propagazione del pus nell'addome, ci siamo astenuti di praticarla anche al tavolo operatorio. A tal riguardo si ricorderà che Latisbey, pur non considerando la puntura esplorativa sempre innocua, la giudica un prezioso aiuto diagnostico; i casi di morte per puntura, secondo lui, sono rari. Usa l'A. farla seguire subito dall'atto operativo e in ciò condivide appieno le idee di Luxard e di Giordano; quest'ultimo se ne serve solo a scopo didattico. Il Cardarelli invece la fa e la consiglia di fare, anche più volte se occorre senza alcun timore.

Concludendo: l'atto operatorio, l'esame necroscopico ed istologico, ci hanno detto trattarsi, nel nostro caso, di mixosarcoma primitivo del fegato con una sacca, piena di sangue frammisto a tessuto epatico degenerato, situata inferiormente e in continuità con il tumore stesso. Facilmente ora si spiega la sintomatologia presentata dalla paz., nel cui fegato, in epoca indeterminata, certo non lontana, s'è sviluppato un sarcoma che, via via crescendo, ha cominciato col dare, insieme all'aumento del viscere, la cefalea, il senso di stanchezza agli arti inferiori, i disturbi intestinali, la modica febbre (fatti questi dovuti facilmente alla tossiemia neoplastica), finchè un episodio acuto, l'erosione o la trombosi di un vaso parenchimale, ha fatto richiamare l'attenzione su di sè, nascondendosi però sotto altro aspetto, e cioè sotto quello più probabile di ascesso epatico.

BIBLIOGRAFIA.

G. PISANO. *Sui sarcomi primitivi del fegato e su la migliore conoscenza anatomo-clinica delle neoplasie epatiche.* Policlinico, Sez. med., 1914, n. 4-5.

E. TRENTI. *Sopra un caso di tumore primitivo del fegato a lentissimo decorso.* Policlinico, Sez. med., 1924, n. 9.

E. BASSO. *Un caso raro di sarcoma primitivo del fegato in un bambino di* 11 *mesi.* La Clinica Pediatrica, 1924, fasc. III.

F. SCHUPFER. *Sui sarcomi primitivi con cirrosi del fegato.* Riforma medica, 1907, n. 49.

P. FRANCESCHINI. *Contributo anatomo-clinico dell'emo-angioendotelioma del fegato.* Riforma medica, 1926, n. 17.

D. GIORDANO. *L'ascesso del fegato.* Riforma medica, 1912, n. 21.

A. CARDARELLI. *Come si diagnostica l'ascesso epatico.* Rif. med., 1913, fasc. 25.

A. FERRANNINI. *Diagnostica dei tumori epatici maligni.* Rif. med., 1918, n. 14.

G. MORO. *Sulla diagnosi differenziale fra cisti da echinococco e ascesso del fegato.* Policlinico, Sez. prat., 1906, n. 41.
F. BELLELLI. *La febbre nei neoplasmi maligni.* Rif. med., 1926, n. 14.
A. SBRUMPELL. *Trattato di patol. spec. Med. e terapia*, vol. I, p. II.
A. BARBACCI. *Trattato Italiano di chirurgia*, vol. I, p. IV (*tumori*).
DURANTE. *Trattato di chirurgia.*
E. ZIEGLER. *Trattato di anatomia patologica*, pag. 627-628.
VII Congresso della Soc. Intern. di Chirurgia. Riforma medica 1926, n. 19.
La febbre dei tumori maligni. Riforma medica 1924, n. 17.

OSPEDALE CONSORZIALE DI RONCIGLIONE

Emoperitoneo mortale per ulcerazione di un cancro primitivo latente del fegato (1)

per il prof. dott. R. ARMANDO SALA, direttore.

L'emoperitoneo nella patologia addominale, costituisce un capitolo di un interesse pratico importantissimo. Il caso che sono per riferire, rientra in quella varietà di emoperitoneo spontaneo, alla cui origine non raramente trovasi un trauma insignificante che determina una rottura emorragica solo per lo stato patologico preesistente di esso (cancerosi).

Si conosce l'emoperitoneo di origine pancreatica, legato alla evoluzione di certe pancreatiti acute, l'emoperitoneo di origine splenica per rottura spontanea di milza malarica o tifoidea, o di milza leucemica mieloide; è noto l'emoperitoneo di origine tubovarica, sia per rottura di gravidanza extra-uterina, sia per rottura di ematosalpinge o di cisti ematiche dell'ovaio, o di varici del legamento largo, e recentemente il Tenconi ha descritto una emorragia endoperitoneale mortale per rottura spontanea di vena uterina ectasica in donna gravida a termine; si conoscono infine anche casi di inondazione peritoneale per rottura di aneurismi dell'a. epatica e dell'a. splenica.

Null'altro avevo trovato sfogliando la letteratura sulla etiogenesi dell'emoperitoneo, quando sul « Policlinico » Sezione medica del 1° marzo 1924, vidi descritto un caso di emoperitoneo mortale per trauma dell'addome, che all'autopsia rivelò trattarsi di rottura di una cavità cistica situata in corrispondenza della faccia convessa del lobo destro del fegato, che all'esame istologico si rivelò per adenoma a cellule epatiche.

Nel nostro caso l'emoperitoneo fu provocato da ulcerazione spontanea di cancro primitivo del fegato senza evidente trauma addominale, d'altra parte si sa che le emorragie epatiche anche per lesioni minime del fegato, possono assumere proporzioni veramente enormi (fino a 4 litri di sangue) per la scarsa tendenza alla emostasi spontanea del viscere, per la struttura e per la disposizione di quei grossi rami delle vene sopraepatiche, sempre beanti alla superficie di sezione del fegato, e capaci quindi di apportare intensa emorragia. Gli autori sono d'accordo nell'indicare la faccia inferiore come fonte più intensa di emorragia a causa della presenza di vasi più numerosi e più sviluppati, tanto più poi quando questi hanno subito degenerazione neoplastica o sifilitica, nel nostro l'ulcerazione era situata anche sulla faccia convessa.

Storia clinica. — D'A. Egidio fu Salvatore, di anni 51, da Caprarola. Entrato all'Ospedale il 1° settembre 1924.

È stato bene fino a circa 40 giorni or sono potendo attendere ai lavori campestri. Poi cominciò a soffrire di senso di astenia che ha progredito di giorno in giorno e gli si è tumefatto l'addome, sì da rendere difficoltosa la respirazione. Viene all'Ospedale (con diagnosi di tumore dello stomaco con diffusione al fegato ed ascite).

E. O. Condizioni generali scadute, colorito della cute pallido e di quella del volto alquanto terreo, mucose visibili pallide, respiro a tipo costale superiore, temperatura subnormale. Polso regolare, piccolo, 120 al minuto, pannicolo adiposo scarsissimo. Nulla al torace tranne una riduzione alle basi posteriori la di cui ottusità si spinge fino agli angoli scapolari. La base del torace anteriormente è sollevata con allargamento degli spazi intercostali inferiori. L'addome è tumido a botte, di cui però la metà sopraombellicale è svasata e più voluminosa. Cicatrice ombellicale spianata con ecchimosi periombellicale. Segno di Collin). Reticolo venoso alquanto accennato ai lati dell'addome, ma senza assumere lo sviluppo di compenso. La parete addominale è poco mobile ai movimenti respiratori e la tensione di essa è alquanto diversa: maggiore nei quadranti superiori; tentando di palpare a sorpresa nell'ipocondrio di destra si riesce a sentire come un lobulo epatico di consistenza molle che topograficamente si riferirebbe all'estrema ala destra del fegato. Esiste timpanismo epigastrico e il segno dell'onda nei quadranti inferiori. Lievi edemi agli arti inferiori. Esplorazione rettale negativa.

L'esame radioscopico rivela nulla agli organi toracici; non liberi i seni e tra l'ombra epatica che del resto si diffonde al restante addome, è l'ombra mobile del diaframma specie a destra, è interposta una zona di penombra ben visibile in proiezione obliqua di fianco. L'esame delle urine è negativo.

Durante i giorni di osservazione l'infermo va peggiorando sensibilmente; si pratica con un piccolo trequarti una puntura soprapubica che non dà esito, ma la puntura esplorativa fatta nel 9° spazio intercostale sull'ascellare media, dà esito immediatamente dopo perforato il diaframma, al liquido ematico sotto pressione. Si fa diagnosi di emoperitoneo o di cisti ematica (del lobo destro del fegato o della capsula surrenale?) con

(1) Comunicato al Congresso della Società di Chirurgia Italiana, 1924.

probabile rottura nel peritoneo, e con il parere favorevole della famiglia si esegue l'operazione.

Operazione: 8 settembre 1924.

Cloroetileterenarcosi regolare. Si esegue un taglio trasversale alla maniera di Bazy nell'ipocondrio di destra. Arrivati sul peritoneo parietale, questo fa ernia e si rompe spontaneamente e dà esito a circa 7 l. di liquido ematico. Questo proviene dallo spazio sopra e retroepatico e retroperitoneale. Si estraggono parecchi coaguli raccoltisi nelle docce vertebrali, nell'ilo del fegato e nella cupola di questo. Il fegato con glissoniana ispessita presenta nella sua faccia inferiore essudati fibrinosi. È fortemente aumentato di consistenza, specie nella sua metà destra. Non si riesce a trovare l'origine dell'emorragia. Tamponamento con 4 tamponi di garza xeroformica nei diversi recessi. Fleboclisi di circa 800 cmc. di siero fisiologico.

Avviene il decesso coi segni di anemia acuta circa 4 ore dopo.

E. N. Nulla di notevole agli organi toracici; si trova la grande cavità peritoneale con scarsissimo liquido sieroso ma senza coaguli. Sezionando la regione periombellicale si vede che l'infiltrazione ematica già descritta proviene da suffusione ecchimotica del legamento teres. La milza è di grandezza più del normale, aumentata di consistenza, con segni di perisplenite; nulla a carico dello stomaco e dell'intestino. Lo spazio sottodiaframmatico nella sua metà destra è occupato da coaguli che costringono il fegato ad uno spostamento a bascula, altri coaguli di antica data e in parte organizzati occupano lo spazio sottoepatico ed hanno scollato l'angolo destro del colon. Nulla a carico del pancreas, dei reni e della vescica. Il fegato deformato come si vede nettamente dalla fotografia, è ridotto nella sua metà sinistra ad una piccolissima lingula di tessuto epatico normale. Pesa kg. 2.200, larghezza trasversale cm. 22, lunghezza massima in senso verticale cm. 27, spessore cm. 9. È a superficie bozzuta, di consistenza enormemente aumentata e presenta due ulcerazioni a cavolofiore di cui il massimo diametro di quella della faccia superiore è di cm. 5, di quella della faccia inferiore di cm. 6,5. L'ilo di esso attorno alla vena porta presenta delle grosse linfoglandole del volume di una mandorla aumentate di consistenza; la cistifellea non presenta calcoli. Nulla a carico dei vasi, nè dell'epatico, nè della porta, nè delle vene sopraepatiche.

L'esame istologico praticato nel Gabinetto d'Istologia della Clinica del prof. Bastianelli, dimostra trattarsi di endotelioma d'origine periportale, con cirrosi non grave.

Il caso ha importanza: 1) per la lunga latenza del tumore che aveva distrutto quasi due terzi della sostanza epatica, pure permettendo all'infermo di lavorare faticosamente fino agli ultimi giorni di sua vita; 2) che si deve tener conto anche di questa possibilità nell'elencare l'etiogenesi dell'emoperitoneo; 3) che il segno di Cullin per la diagnosi di gravidanza extra uterina interrotta, vale anche per l'emoperitoneo di origine epatica.

LETTERATURA.

F. CUCCIONI, *Contributo allo studio sui tumori latenti del fegato*. Policlinico, Sez. med., Roma, marzo 1924.

TENCONI, *Rottura spontanea di una vena uterina in una donna gravida a termine. Emoperitoneo mortale*. Annali di ostetricia e ginec., 31 luglio 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

L'emorragia intraventricolare.

(Sands e Lederer. *Journal Nervous and Mental Disease*, 1927, n. 4).

L'emorragia nell'interno dei ventricoli per la sua etiologia, per la sua sintomatologia e per la sua anatomia patologica è stata oggetto di molti studi.

Sanders nel 1881 raccolse 94 casi dalla letteratura venendo alle seguenti conclusioni. La causa più comune e diretta dell'emorragia intraventricolare primitiva è la rottura di qualche vaso della parete ventricolare o delle vicinanze. Egli menzionò sette sorgenti di provenienza dell'emorragia: vasi del plesso coroideo, vasi della tela coroidea, ramificazioni arteriose della parete ventricolare (coroidee, rami delle arterie del corpo calloso, ecc.), vene dei corpi striati, del talamo, le galene, ecc., grossi aneurismi che raggiungono i ventricoli o si trovano nel loro interno, tumori delle parti vicine che sporgono nei ventricoli o si sviluppano sulle loro pareti, stati infiammatori o ulcerazioni della parete ventricolare.

Gowers sostenne che il sangue proviene dai vasi del plesso coroideo, dal velum interpositum, raramente da una vena della parete ventricolare. Probabilmente l'emorragia in molti casi è dovuta a rottura di aneurismi miliari, che talvolta sono stati riscontrati nel plesso coroideo. Ma può derivare da gravi congestioni meccaniche, come nei tentativi di impiccagione, nelle convulsioni, nelle gravi commozioni, talvolta con intervallo di qualche giorno ed anche di una o due settimane. In rari casi proviene da un grosso aneurisma che ha perforato il ventricolo, da un neoplasma vascolare; si ha anche nelle diatesi emorragiche e nella leucemia.

Gordon riporta 12 casi di emorragia extra- e intraventricolare, di cui cinque primitive e sette secondarie a diffusione nei ventricoli di emorragie iniziatesi in aree extraventricolari situate in vicinanza della cavità. In due di tali casi si potette sicuramente determinare l'origine dell'emorragia nel plesso coroideo. Le più interessanti manifestazioni nei cinque casi di emorragia primitiva erano: inizio improvviso, coma profondo fin dal principio; convulsioni più marcate al lato opposto a quello della lesione nei casi unilaterali, ed al lato opposto a quello della emorragia più abbondante nei casi bilaterali, assenza di paralisi marcata; i soggetti sopravvissero da 6 a 24 giorni.

Secondo Oppenheim l'emorragia ventricolare primitiva è rarissima. Di solito lo stravaso avviene nelle vicinanze, rompe la parete ventricolare e si versa nella cavità. Quando questo versamento si determina, i disturbi della coscienza prodotti dallo stravaso originario si accentuano, la paralisi si diffonde a tutte le estremità, aumentano le convulsioni e la rigidità. Di solito il polso si rallenta, la respirazione diventa più frequente e compare sangue nel liquido cefalo-rachidiano. La morte è costante e avviene entro 24 ore dal principio dell'accidente.

Altri autori ammettono che in un piccolo numero di casi di emorragia intraventricolare si possa avere la guarigione, Lannin riporta il caso di un ragazzo di dieci anni che giuocando urtò violentemente con la testa quella di un compagno. Due ore dopo si ebbe: incoscienza, convulsioni toniche e cloniche degli arti superiori ed inferiori più accentuate a sinistra. Le pupille erano fortemente midriatiche, gli occhi girati a destra e c'era paralisi del facciale destro. Fu praticata una decompressione: negli spazi subaracnoidei non c'era sangue, che invece era presente nel ventricolo laterale destro. Seguì guarigione completa.

La diagnosi di emorragia ventricolare è spesso difficilissima. Al riguardo si può ricordare il caso descritto da Elsberg di rottura nei ventricoli di un aneurisma dell'arteria cerebrale media destra. Il paziente, un uomo di 21 anni, in buono stato di salute e senza precedenti morbosi familiari cadde e battè con la testa a terra. Due giorni dopo nell'inchinarsi per aprire lo sportello di un forno avvertì un acuto dolore alla testa, vertigini, grave senso di debolezza, e perdè la coscienza. Lo stupore durò 24 ore, dopo di che il paziente si lamentava di cefalea e diplopia. All'esame del liquor si trovò sangue e Wassermann negativa. Dopo 13 giorni ebbe una convulsione generale con perdita di coscienza. Nel liquido cefalo-rachidiano comparve sangue. Fu ammesso nell'Istituto Neurologico con cefalea, vertigini e grave prostrazione. Si constatò papilla da stasi bilaterale, rotulei deboli, achillei assenti, rigidità nucale. Dopo tre settimane dall'inizio dei sintomi il paziente cominciò ad accusare annebbiamento della vista a destra. La temperatura salì, ed all'occhio destro si constatò: accentuazione dell'edema papillare, midriasi e rigidità pupillare; rotuleo più vivace a sinistra; riflessi addominali più deboli a destra; convulsioni agli arti di sinistra e bilateralmente alla faccia, stato stuporoso. Si pose la diagnosi di tumore in prossimità del ventricolo laterale destro con emorragia o di rottura di aneurisma nella fossa cranica anteriore e media a destra. Si praticò la decompressione bilaterale ma senza alcun miglioramento. Il paziente morì otto ore dopo l'operazione. Al-

l'autopsia si trovò piccolo aneurisma dell'arteria cerebrale media destra in prossimità della sua origine, che si era aperto nel lobo frontale, e la massa del sangue si era successivamente versata nei ventricoli.

Tilney e Casamayor tennero in continua e vigilante osservazione un paziente dal principio della malattia fino alla morte che si verificò 12 ore più tardi, allo scopo di mettere in relazione i fatti clinici con i dati necroscopici. Divisero i sintomi in due gruppi, quelli dipendenti dall'emorragia nelle cisterne e quelli in rapporto alla diffusione dell'emorragia nei ventricoli.

I primi sintomi sono:

1) dolore di testa improvviso, intenso, che diviene sempre più grave ed è accompagnato da forte dolore estendentesi dalla nuca alle spalle, alle anche, al retto. Questo dolore dura qualche momento quando il paziente entra improvvisamente in coma;

2) vomito propulsivo seguito da defecazione ed urinazione spasmodica, imperiosa. Questo sintoma ha breve durata quando si è stabilito il coma e può ripetersi ad intervalli di parecchie ore;

3) spasmi oculogiri e cefalogiri tonici e sostenuti;

4) contrazione tonica delle braccia e delle gambe accompagnata da spasmi muscolari che provocano abduzione ed adduzione ritmica delle estremità superiori ed inferiori. Questi movimenti convulsivi sono sincroni con gli atti respiratori e persistono per parecchie ore;

5) attività cardiaca irregolare, concitata con pressione sanguigna alta ed oscillante; respiro di Cheyne-Stokes. Nel corso di qualche ora i sintomi cardiaci e respiratori scompaiono;

6) inizialmente non si ha alcuna modificazione dei riflessi, ma più tardi scompaiono quelli superficiali, si accentuano quelli profondi e contemporaneamente compare Babinski bilaterale;

7) modico grado di papilla da stasi;

8) lieve ipertermia.

I sintomi che indicano la diffusione dell'emorragia ai ventricoli sono:

1) spasmo tonico ripetuto di tutta la musculatura somatica, con il tronco dritto e la nuca in ortotono, le estremità estese ad eccezione delle dita che sono flesse;

2) questi spasmi durano uno o due minuti e sono seguìti da intervalli di completo rilasciamento;

3) notevole aumento della pressione vasale seguìto da rapido abbassamento;

4) irregolarità dell'azione cardiaca e respiratoria.

Dopo avere riferiti questi precedenti della letteratura, gli autori riportano tre casi di emorragia ventricolare, la cui sintomatologia concorda con quella descritta da Tilney e Casamayor.

È importante il fatto che l'emorragia ventricolare non è mai preceduta da sintomi premonitori. In due dei casi esaminati dagli autori vi erano precedenti di cefalea, vertigini, accessi di prostrazione, che devono mettersi in conto della concomitante arteriosclerosi. Nel terzo caso, nel quale fu trovato un aneurisma, si ebbe una catena di sintomi quali si sogliono verificare in caso di aneurisma intracranico.

La leucocitosi constatata nei casi esaminati deve mettersi in conto della profusa emorragia, come è stato verificato anche nelle forme extracraniche. L'ipertermia prolungata è provocata dagli effetti tossici del sangue stravasato e dalla pressione ed irritazione del tuber cinereum, nel quale trovasi il centro termico.

DR.

Risultati della ventricolografia in cinque casi di tumori cerebrali.

(DIMITRI V. BALADO M. *Boletin des Instituto de Clinica Quirúrgica*, de Buenos Aires, 1926).

Gli AA. hanno creduto interessante informare sui risultati della ventricolografia in cinque casi di tumori cerebrali; in due casi hanno potuto controllare le imagini ottenute con l'autopsia, negli altri durante l'intervento chirurgico. L'oggetto principale però della loro comunicazione è quello di riferire i risultati della puntura ventricolare e la introduzione di aria nella cavità allo scopo di diagnosticare la topografia del tumore. Richiamano innanzitutto l'attenzione del lettore sull'introduzione dell'aria per via craniana e non per puntura rachidea, essendo quest'ultimo procedimento pericoloso e di risultati incompleti.

Gli AA. hanno impiegato per la puntura del ventricolo laterale la tecnica del Dandy, che consiste nella seguente:

Si traccia una diagonale tra la linea media e la linea curva occipitale superiore; su questa diagonale, e a tre centimetri più in fuori ed al disopra della protuberanza occipitale esterna, si trapana e si apre la dura madre. Con il cervello allo scoperto, ed utilizzando l'ago di Cushing, si punge il corno posteriore del ventricolo laterale, si estrae liquido ventricolare fino a quanto ne sale con l'aspirazione e si riempie poi con una eguale quantità di aria; si sutura la pelle e si effettua immediatamente la radiografia.

Nei cinque casi gli AA. hanno proceduto sistematicamente alla proiezione radiografica anteroposteriore (frontale ed occipitale) e laterale (destra e sinistra).

Dai risultati ottenuti gli AA. hanno concluso:

1) Di non aver avuto alcun incidente sgradevole con la ventricolografia, ma non credono che sia un procedimento assolutamente innocuo; dovendo essere praticato sempre da mano molto esperta.

2) Dei cinque casi di tumore cerebrale, in quattro di essi la diagnosi clinica è stata confermata dalla ventricolografia.

3) In un caso nel quale là diagnosi clinica era alquanto dubbia, la ventricolografia ha potuto localizzare il tumore con molta precisione.

G. MADDALENA.

RENE E VIE URINARIE.

Effetto dell'anestesia eterica sulla funzione renale.

(HAINES e MILLIKEN. *The Journal of Urology*, n. 2, febbraio 1927, vol. XVII).

Gli Autori ricordano che in altro lavoro pubblicarono che in cani tenuti per mezz'ora in anestesia profonda con etere non ebbero eliminazione dell'indigocarminio durante tutto il periodo dell'anestesia.

Esperienze seguenti con la sulfofenoftaleina mostrano in cani che la eliminazione di essa non era impedita ma vi era una considerevole diminuzione della percentuale della sostanza eliminata dall'animale durante un periodo corrispondente senza narcosi. Vi è pure negli animali da esperimento diminuzione della eliminazione di urina e in certi casi anche perfetta anuria in ispecie quando la narcosi è molto profonda.

Se la narcosi precede di mezza ora l'iniezione di sulfofenoftaleina l'inibizione alla eliminazione è ancora più marcata. E più marcata è pure negli animali vecchi che nei giovani.

Queste esperienze concordano con quelle di Tompson il quale dimostrò che l'effetto dell'etere sulla funzione renale del cane si avvicina di molto agli effetti che si hanno nell'uomo e che l'arresto della funzione renale, che alle volte si ha momentaneamente nelle narcosi profonde con etere, non si ha quasi mai col cloroformio. Esperienze fatte dagli autori sull'uomo in camera operatoria iniettando indigocarminio dopo che i pazienti erano narcotizzati, hanno dato risultati identici a quelli avuti nei cani soltanto meno marcati e ciò perchè nei cani l'anestesia era portata a limite di vita mentre ciò non succedeva in camera operatoria.

Le differenze di contenuto in urea del sangue prima e dopo la narcosi sono così piccole da diventare trascurabili.

E noto che dopo anestesia con etere spesso si trova nell'urina albumina e cilindri ialini; a tale proposito ricordano uno studio di Gröndahl su 75 narcosi con etere in cui trovò albumina presente nel 36 % dei casi e sempre con cilindruria; l'albumina appariva quasi sempre dopo due giorni dalla narcosi e durava in media da 7 a 9 giorni, ed era influenzata dall'età del paziente, dal tempo di operazione e dalla quantità di etere usato.

Una iniezione di morfina e atropina fatta mezz'ora prima della narcosi fa diminuire l'inibizione dell'etere sulla funzione renale perchè le due sostanze quasi narcotizzano i gangli simpatici e le terminazioni delle fibre dei nervi renali a tal punto da prevenire l'azione vasocostrittrice dell'etere. Se l'iniezione è fatta quando comincia la narcosi non si ha alcun effetto.

Sperimentando su cani, a cui da 9 a 12 mesi prima era stata praticata simpatectomia renale bilaterale, ottennero risultati opposti a quelli ottenuti su cani normali: il colore ritornò molto presto e in quantità uguale ai cani normali; e i risultati erano anche uguali nei cani a cui prima della narcosi era stata praticata l'iniezione di morfina e atropina. In cani simpatectomizzati da un sol lato ebbero dal lato operato ritorno del colore in tempo normale, dall'altro lato ritorno ritardato o completamente abolito.

L'etere quindi agirebbe sul rene come uno stimolante vasomotore, producendo una vasocostrizione renale con conseguente diminuzione dell'urina fino all'anuria. Causa dell'albuminuria sarebbe la temporanea ischemia dell'organo durante l'anestesia, ischemia dovuta alla vasocostrizione. Dopo l'ischemia seguirebbe necessariamente una iperemia capillare oppure congestione con conseguente trasudato di siero sanguigno e quindi albuminuria.

Ciò dimostra che l'etere non ha alcuna azione sulla cellula renale, ma i disturbi a suo carico sono dovuti all'azione vasocostrittrice dell'etere.

In animali successivamente narcotizzati diminuiscono sempre più i disturbi renali e ciò perchè i nervi diventano sempre più tolleranti del narcotico, mentre sarebbe l'opposto se l'etere avesse influenza sulle cellule renali.

Nei reni già malati l'iperemia secondaria o la congestione possono aggravare enormemente le loro lesioni.

L'indicazione dell'iniezione di morfina e atropina mezz'ora prima dell'inizio della narcosi è evidente e definita, sia per mantenere meglio la funzione renale durante l'atto operativo, sia per un effetto possibile sulla prevenzione dei disturbi dovuti all'anestetico.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

Il fenomeno del riflusso pielovenoso.

(R. K. LEE BROWN. *The Journal of Urology*, n. 2, febbraio 1927, vol. XVII).

L'A. ricorda che parlò la prima volta di questo fenomeno nel 1923 al Congresso medico americano tenuto a San Francisco. Ricorda di aver dimostrato nel primo lavoro sull'argomento che non è possibile iniettare i tubuli attraverso la pelvi renale. L'A. pensò casualmente a questo fenomeno: iniettando la pelvi di animali per studi sulla circolazione renale osservò che in seguito a rottura della pelvi il liquido colorato dell'estravasazione pelvica prendeva la struttura delle vene. Sembra che il flusso avviene là dove la mucosa si riflette acutamente dalla parete pelvica ai calici minori. Se si ha una introduzione lenta e graduale di liquido nella pelvi non avviene extravasazione, mentre, come la pressione intrapelvica sale, forza ad aprirsi l'angolo acuto formato dalla riflessione della mucosa dalla parete pelvica ai calici minori; l'allargamento progressivo di questo angolo produce smagliature piccolissime nella mucosa le quali permettono al fluido della pelvi di passare nel parenchima e quindi nelle vene.

L'A. trova una spiegazione al perchè il liquido di extravasazione prende il sistema venoso e non il sistema tubulare o interstiziale col fatto che se si inietta un rene per l'arteria si ha subito un flusso da parte della vena mentre se si inietta per la vena non si ha alcun flusso da parte dell'arteria. Qualsiasi pressione si usa iniettando dalla vena il fluido non va al di là del plesso glomerulare efferente, a pressione molto alte si può ottenere la rottura del rene, ma il liquido non procederà oltre quel punto. Da questo fatto sembra evidente che il fluido dell'extravasazione pelvica non può seguire altra via che quella venosa.

Tenendo presente che il fluido entra nelle vene attraverso piccolissime lesioni della mucosa, l'A. pensò di determinare il risultato di una iniezione nella sostanza renale e sapere cosa avviene di una sospensione di inchiostro d'India introdotta nel parenchima renale. A questo scopo fece iniezioni nel parenchima renale di vari animali e in questo lavoro porta il risultato soltanto di quattro reni — pecora, vitello, maiale, uomo — facendo notare che fa soltanto la descrizione del fenomeno perchè in tutti esso è uguale.

L'iniezione di una soluzione di inchiostro d'India nella corteccia renale, fatta lentamente e gentilmente, appare prima nel plesso venoso subcapsulare della corteccia intorno al punto di iniezione. Si espande poi lentamente e presto appare in punti più distanti. Dopo l'introduzione di 1-2 cmc. la soluzione comincia a uscire dalla vena renale ed esce per quanto tempo dura l'iniezione. Se la iniezione si fa profondamente e lentamente non si ha colatura subcapsulare, ma tutta la sostanza va nel parenchima e quindi passa nelle vene.

Dopo che si sono introdotti vari cmc. della sostanza i reni si lavano e sezionano e al microscopio si vede una iniezione estensiva del sistema venoso e più abbondantemente vicino al punto di iniezione e nessuna iniezione dei tubuli. Dalle esperienze dell'A. risulta quindi che fluidi iniettati nella sostanza renale o attraverso le minute lesioni della mucosa pelvica o per iniezione diretta nel parenchima passano direttamente nel sistema venoso.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

Il rene policistico.

(C. ATONNA e I. H. MORISSEY. *Annals of Surgery*, dic. 1926).

La diagnosi clinica di rene policistico diviene sempre più frequente, senza dubbio grazie agli aiuti della pielografia. Negli ultimi quattro anni negli Ospedali di New York vennero riscontrati in media circa 8 casi all'anno. Gli AA. portano un contributo personale di 6 casi, che può perciò essere considerato importante.

Clinicamente si possono distinguere 3 tipi di rene policistico:

a) casi nei quali all'improvviso appare una insufficienza renale che porta rapidamente a morte l'infermo;

b) casi che decorrono coi sintomi di una nefrite cronica. Sono questi i casi nei quali alla distruzione del tessuto renale dovuta allo sviluppo delle cisti si aggiunge l'atrofia causata dalla tensione intracapsulare. Poichè le cisti aumentano di volume e la capsula ispessita da alterazioni infiammatorie non si lascia distendere;

c) casi che decorrono con sintomi netti a carico delle vie urinarie e dei reni, specialmente ematuria.

Nulla è possibile di fare per arrestare il processo. Il trattamento deve essere quello della nefrite cronica cioè di diminuire per quanto è possibile il lavoro dei reni, la cui funzione è notevolmente diminuita.

La pielografia è un elemento di primo ordine nella diagnosi. Gli AA. credono che la reazione alla introduzione del liquido opaco nella pelvi sia minore in caso di lesioni della mucosa pelvica che nei casi nei quali essa sia normale o quasi. Nei reni policistici perciò bisogna usare molta precauzione nell'eseguire la pielografia, perchè facilmente si hanno reazioni gravi. Uno

dei malati degli AA. morì 2 settimane dopo un esame pielografico, ed essi credono che questo possa avere contribuito ad affrettare l'esito letale. Specialmente sensibili sono gli individui con azotemia piuttosto elevata.

La nefrectomia è da sconsigliarsi e dà una mortalità elevatissima. La nefrostomia e nefrotomia hanno dato una mortalità del 31,8 %.

Il metodo migliore è probabilmente la puntura delle cisti, come fa Rovsing, magari accompagnata dalla escissione delle cisti più superficiali, secondo il consiglio di Küster. Tale trattamento ha dato una mortalità del 25 %. Due malati così operati da Rovsing migliorarono notevolmente dopo l'operazione.

Gli AA. però preferiscono una cura medica e solo in casi speciali ritengono giustificata l'evacuazione delle cisti.

Riferiscono le storie dei sei malati. Nessuno fu operato. In due fu eseguita una autopsia. Delle belle ed evidenti riproduzioni di pielografie accompagnano l'esposizione. Esse presentano la ben nota forma dei calici notevolmente aumentati di lunghezza, fino a 5-6 volte il normale, e divergenti l'uno dall'altro. La profondità della pelvi è pochissima o per nulla aumentata.

MANFREDO ASCOLI.

Relazioni fra rene destro e appendice dal punto di vista patologico.

(M. LAQUIÈRE. *Journal d'Urologie*, t. XXII, numero 2-3, 1926).

Le connessioni tra rene e appendice, note sopratutto per la frequenza con cui avviene la estrinsecazione lombare di processi suppurativi appendicolari, sono esposte dall'A. in maniera interessante sotto gli aspetti anatomico, fisiopatologico e clinico. Oltre che per rapporti di contiguità, stabile o accidentale, che possono rendere più facile la propagazione per vicinanza, rene destro e appendice sono tra loro connessi per mezzo di vie vascolari e di vie nervose. Tra le prime assumono maggior interesse le anastomosi venose, le quali, a mezzo del « sistema di Retzius » stabiliscono scambi di notevole importanza tra vene provenienti dall'appendice e dal ceco e la rete perirenale. Le connessioni linfatiche sono meno conosciute, e non da tutti ammesse; esse sono poste in causa soltanto quando il ceco è più strettamente addossato alla fossa iliaca. Le anastomosi nervose, infine, tra plesso mesenterico superiore e plesso renoaortico, e quelle di ambedue col plesso solare, spiegano i risentimenti reciproci tra rene destro e appendice.

Tale complesso di rapporti spiega le relazioni patologiche tra appendice e rene destro. Le lesioni per propagazione diretta, da contiguità, nel rene destro e nel bacinetto si hanno più frequentemente per infiammazione di appendice ectopica. Sono più facili a verificarsi lesioni dell'uretere destro con periureterite e ureterite; le manifestazioni assumono aspetto diverso secondo la entità e l'andamento: si possono avere nefralgie, disuria, piuria, ematuria, giungendo fino alle perforazioni con passaggio del contenuto intestinale in vescica. Alle periureteriti specialmente possono seguire restringimenti e stati idronefrotici di varia gravità.

Sono assai frequenti le infiammazioni della regione renale d'origine appendicolare; vanno distinti gli ascessi perinefritici propriamente detti dai paranefritici a seconda che sieno localizzati all'interno o all'esterno della fascia di Zuckerkandl. Sono altresì possibili raccolte doppie, lombari e addominali, della stessa origine, tra loro comunicanti a bottone di camicia. Non va infine dimenticata la perinefrite cronica, sclerosa, che accompagna il decorso d'un'appendicite subacuta.

Non rare sono le nefriti, le pielonefriti, le batteriurie ed ematurie destre d'origine appendicolare: esse costituiscono, per il loro nesso patogenetico, le manifestazioni più interessanti della sindrome entero renale di Heitz-Boyer. A parte le nefriti appendicolari già descritte da Dieulafoy, nelle quali l'organo renale è colpito bilateralmente per fatti di tossinfezione, esistono, forse più frequenti di quanto non si creda, nefriti unilaterali destre svelabili solo per mezzo di accurati esami, e talora, malgrado questi, difficilmente riconoscibili. Anche le pielonefriti destre sono tutt'altro che rare: si manifestano con elevazione febbrile accompagnata da brivido, dolore alla regione lombare, pollachiuria, albuminuria, cilindruria, piuria. In questi casi mancano rilievi cistoscopici caratteristici; però può rendersi evidente la fuoriuscita di pus dal lato ammalato. L'esame funzionale come quello radiologico sono negativi. L'appendicectomia determina la scomparsa di ogni sintomo. Non è rara la batteriuria semplice; ma essa costituisce reperto accidentale quando sia manifestazione unica di complicazione appendicolare.

La litiasi renale, l'idronefrosi preesistente possono costituire punti di richiamo all'infezione complicando ed aggravando il decorso di un'appendicite.

L'ematuria è altra complicazione importante. Nell'appendicite acutissima essa è quasi sempre bilaterale; unilaterale, specialmente a destra, nelle forme più attenuate. Si presenta in tutte le gradazioni, dalla microscopica, all'emorragia abbondante, manifestandosi con dolore lombare, ingrossamento del rene. Caratteri, per quanto non costanti, molto indiziari, sono: rapidità di comparsa, assenza di prodromi, notevole intensità,

corta durata, rapida cessazione, assenza di coaguli. L'ematuria si ripete insieme con le crisi appendicolari; scompare con l'appendicectomia. L'esplorazione cistoscopica permetterà di vedere il lato dell'ematuria; il cateterismo ureterale sarà opportuno per l'esame clinico e microscopico dell'urina. La funzionalità renale nelle ematurie semplici è poco o punto alterata. Le lesioni anatomiche sono di semplice congestione; talora si trovano infarti e lesioni nefritiche di vario grado. Queste ematurie possono anche derivare da lesioni dell'uretere, ma tale evenienza è assai rara. Dall'A. sono poste in considerazione anche possibili modificazioni della crasi sanguigna, con riduzione del potere di coagulabilità.

L'A. tratta infine della frequenza dell'appendicite nella ptosi renale, avvalorando le sue osservazioni con un buon numero di casi. Si ha la maggior frequenza nelle ptosi viscerali: le alterazioni di circolo, le compressioni reciproche facilitano o determinano fatti irritativi e infiammatori che interessano simultaneamente o dipendentemente appendice e rene destro. Per lo più l'appendicite compare dopo lungo tempo da che esiste la ptosi; si hanno dolori lombari e iliaci, e rilievi palpatori e radiologici che rendono possibile la diagnosi. Le forme cliniche sono varie secondo il predominio dei sintomi renali o appendicolari, ed esse sono pure se la ptosi è soltanto renale, complicate se esiste ptosi anche di altri visceri, o anche idronefrosi; e possono anche qui esistere o no ematuria e piuria.

Riguardo alla diagnosi, resta sempre difficile, nei primordi, distinguere se certi attacchi colici sieno d'origine renale o appendicolare; e così, se i fatti renali sono i più accentuati o i soli a comparire, sarà difficile andarne a scoprire la causa in una latente appendicite; ma se i fatti renali succedono a quelli appendicolari, la diagnosi della complicanza riesce assai facile.

In casi di appendicite associata a rene mobile è sempre necessario procedere a nefropessia con appendicectomia per via lombare.

F. GRIFI.

IGIENE.

La tossicità del rame.

La tossicità del rame ha subito notevoli alti e bassi nell'opinione dei medici e dei tossicologi. Un tempo si attribuivano ad esso gran parte delle intossicazioni alimentari per cibi conservati in recipienti male stagnati; si è veduto però che la maggior parte di tali intossicazioni era invece dovuta ad alterazioni dei cibi stessi, specialmente per opera di germi del gruppo dei paratifi, sicchè l'importanza del rame come causa di avvelenamento è venuta gradatamente scemando. Gli stessi trattati di tossicologia riconoscono che i sali di rame hanno soprattutto azione emetica e, quindi, raramente possono dare avvelenamenti nel vero senso della parola. Anche nella patologia del lavoro, il rame ha scarsa importanza e non sembra che siano state osservate intossicazioni croniche da rame, di cui l'effetto più vistoso è la colorazione che induce nella cute, nelle gengive, nei capelli. Anche uno studio abbastanza recente di V. Mazzi (1) dimostra che le varie infermità, che i diversi artefici del rame puro del commercio possono presentare, non sono affatto imputabili all'azione del rame; conclusione che può estendersi anche in genere a tutti i composti del rame, poichè questo metallo è tanto facilmente attaccabile che l'introduzione di piccole quantità di sali diventa inevitabile anche lavorando col rame così detto *puro*.

Da qualche tempo però si va facendo un mutamento nell'opinione e si riconosce al rame una certa importanza nella genesi di intossicazioni, specialmente croniche. Di intossicazioni acute se ne vanno citando tratto tratto dei casi. Recentemente, uno dovuto al pane (2) per piccole particelle di rame cadute nella farina al momento del trasporto e poi, probabilmente per l'azione dell'anidride carbonica e dell'acido acetico prodottisi nella lievitazione, trasformate in carbonato ed acetato di rame. L'intossicazione si manifestò con vomiti, dolori intestinali, diarree, dolori anche agli arti, elevazione di temperatura.

È un fatto che noi siamo esposti ad ingerire tutti i giorni una certa quantità di rame. Gli animali inferiori (molluschi, crostacei) contengono naturalmente del rame nel loro organismo, in quanto che per essi tale metallo ha le stesse funzioni che il ferro in quelli superiori, entra cioè a far parte dell'emocianina, analoga all'emoglobina. Con l'uso alimentare di essi, specialmente gamberi ed aragoste, si introduce nell'organismo del rame.

Rame contengono molti vegetali, fra cui i cetrioli ed i fagiuoli; specialmente oggi, con l'intensificazione della lotta anticrittogamica, che si fa come è noto con l'irrorazione di sali di rame, una certa quantità di questo rimane aderente al vegetale e passa poi nello stomaco del consumatore. Nelle ceneri del vino si trova rame, rimasto aderente ai grappoli, nelle conserve alimentari ve ne è sempre una certa quantità, tanto che se ne tollera fino all'1 per mille, senza contare quello aggiunto fraudolentemente allo scopo di rinverdimento.

Ma anche da altre parti ci arriva il rame nella

(1) Patologia degli artefici del rame puro del commercio. V Congresso di medicina del lavoro (Firenze 1922).

(2) Gardner. *British medical Journal*, 31 ottobre 1925.

vita quotidana; le posate di ottone (rame con zinco), di argento (che è sempre una lega col rame), i recipienti da cucina, la cuccuma del caffè e meglio ancora le macchine recenti da « espresso » in cui l'acqua raggiunge una temperatura superiore e discioglie quindi più facilmente il rame, i serpentini di distillazione delle sostanze alcooliche (nelle « grappe » distillate in casa, si è trovato fino a 52 milligrammi per litro di rame), gli stessi rubinetti per l'acqua (in ottone). Da questi oggetti anche la sola acqua può asportare del rame, sia pure in quantità minime, meglio ancora in presenza di acidi: citrico (da molte bevande, dal limone), malico (dalle mele, p. es., nella confezione di conserve), acetico (dall'aceto), acidi grassi (nell'olio, burro, strutto).

Da tutti questi oggetti, alimenti e bevande arriva nel nostro organismo continuamente tutti i giorni una certa quantità di rame, la quale non viene utilizzata in nessun modo, ma in parte si elimina, in parte si fissa nei nostri organi e, ad ogni modo, non sarebbe innocua per il nostro organismo.

La sensibilità all'intossicazione sarebbe poi varia secondo i diversi individui. H. Sternberg (3) cita in proposito la propria esperienza personale; egli aveva bevuto con la sua famiglia del caffè, di cui una parte era rimasta per 5 ore in una caffettiera male stagnata; soltanto in lui si manifestarono quasi subito nausea, dolori e vomito, mentre nessun altro ebbe a soffrire. Come ha anche provato su sè stesso, questo A., i fenomeni acuti dell'intossicazione si possono verificare anche dopo il consumo di certi crostacei (per il loro contenuto in emocianina, come sopra si è detto); in questi casi però occorrerebbe veder bene se non si tratti di fenomeni di anafilassi mentre, d'altra parte, per la genesi di questa potrebbero avere una certa importanza i metalli pesanti, di alcuni dei quali, e specialmente del rame, è nota l'azione oligodinamica. I fenomeni acuti consistono in senso di debolezza, di malessere, di nausea, di pressione e di dolore allo stomaco, vomito, forti eliminazioni di gas, diarrea, dolori per tutto il corpo al minimo toccamento.

Ma il più spesso tali fenomeni non si verificano. Può anche darsi che l'organismo vada abituandosi all'introduzione continuata di piccole quantità di rame. Questo però finisce per non essere innocuo all'organismo e può provocare catarri cronici ed ostinati gastro-intestinali, che non guariscono fino a che non sia rimossa la causa, ciò che sembra assai difficile, tenuto conto delle diverse sorgenti da cui ci può derivare il rame. Questo inoltre potrebbe agire come catalizzatore nella genesi dei calcoli biliari la costante presenza del rame in questi (4) potrebbe essere la prova di tale tesi.

Il rame entrerebbe poi anche nella genesi di un'altra malattia: l'emocromatosi, che clinicamente si manifesta con cirrosi epatica, diabete mellito e pigmentazione della pelle. Tale metallo finirebbe col determinare la sclerosi del fegato e del pancreas, con tutti gli effetti: ascite, itterizia e diabete. F. B. Mallory (5) in oltre la metà dei 19 casi studiati, ha potuto dimostrare la continuata e forte introduzione di rame nell'organismo. La circostanza già accennata del continuo arrivo di rame nell'organismo, anche in condizioni normali di vita e la particolare sensibilità degli individui potrebbero spiegare la genesi negli altri casi.

Sembra che l'introduzione di 5-10 milligrammi al giorno sia innocua, mentre quantità maggiori potrebbero avere azione nociva. Non bisogna dimenticare che alcuni sali di rame (p. es., il solfato) vengono da qualcuno prescritti come emetici a dosi di 50 ed anche di 10 centigrammi, mentre dosi superiori possono dare pericolo di vita. Ritengo che in Italia ben pochi ricorrano a tale mezzo, che all'estero invece sembra usato, a giudicare da quanto ne scrivono gli autori e lo stesso Sternberg (loco citato) che lo sconsiglia energicamente, nel che si deve senza dubbio convenire pienamente.

Comunque la tossicità del rame, nel senso voluto dai recenti lavori non ci sembra dimostrata, salvo i casi di spiccata sensibilità individuale. Basti pensare alla notevole quantità di rame che i contadini sono esposti ad introdurre, nelle irrorazioni antiperonosporiche senza che in essi si manifestino particolari disturbi. L'attribuire poi alle piccole quantità di rame la genesi della emocromatosi ci sembra fuor di luogo, data la rarità di tale malattia ed invece la continuata introduzione di questo metallo da parte di tutti.

Ad ogni modo, sarà bene tener conto della possibilità di intossicazioni da rame per spiegare i disturbi che possono sopraggiungere in individui particolarmente sensibili e per potervi ovviare, con un'accurata sorveglianza sugli oggetti di rame e sulla loro stagnatura.

Per il trattamento dei fatti acuti, si ricorrerà alla lavanda dello stomaco ed all'ingestione di acqua albuminosa con ossido di magnesio. Per le intossicazioni croniche con catarri gastro-intestinali, viene consigliato l'uso del ferro ridotto e dei suoi sali, in considerazione della proprietà che essi hanno di scacciare il rame dalle sue combinazioni.

A. FILIPPINI.

---

(3) Kupfersalzvergiftung als Krankneitsgrund der akuten und chronischen Magen- und Darmkatarrhe. *Z. Blatt f. innere Med.* 3 luglio 1926.

(4) *Académie des sciences*, 21 dic. 1926.

(5) *Arch. internal medicine*, 15 marzo 1926.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

FERRANNINI prof. ANDREA. *Prontuario di medicina interna*. Un vol. in-8°, di 1235 pag., con 543 fig. e 4 tavole fuori testo. V. Idelson ed., Napoli, 1927. Prezzo L. 135.

Rinchiudere in un solo volume, per quanto ampio, il vasto campo della medicina interna può sembrare ardua impresa di difficile attuazione. Molto opportunamente però l'A., nel dare a questo suo libro il titolo di « Prontuario », ne ha delimitato la portata e precisato gli scopi di fornire con esso una vista d'insieme sulla medicina interna e di offrire al medico il modo di rispondere a tanti quesiti che nella pratica gli si affacciano. La vista d'insieme è soprattutto necessaria allo studente ed al giovane medico, quando muove i primi passi nella difficile e spinosa via della pratica; fra questa ed i trattati di patologia, da cui lo studioso attinge le sue cognizioni sui mali che affliggono l'umanità, vi è un abisso che può essere varcato col sussidio di libri quale è questo del prof. Ferrannini. Ma esso appare di notevole utilità anche al medico pratico, il quale vi troverà molte nozioni e consigli, che gli saranno di grande vantaggio nell'esercizio giornaliero.

La materia è divisa in 16 capitoli: terapia generale, diatesi e malattie costituzionali, le diverse malattie (delle ossa, cuore, fegato, ecc.), tutte considerate nella semeiotica, patologia, clinica e terapia. Invece di fare una trattazione sistematica dei singoli argomenti, l'A. si è posto tutti i quesiti che possono presentarsi al medico in ognuno di essi, dandovi una risposta sufficiente per la pratica. Sono oltre 7000 queste risposte, che difficilmente e solo con la consultazione faticosa di molti trattati si potrebbero avere. Segue da ultimo un capitolo sulle direttive cliniche generali, riguardante l'anamnesi, l'organo basale, il determinismo clinico, i rapporti fra medicina e chirurgia.

Il libro, che presuppone una lunga preparazione di anni passata al vaglio della pratica, risponde bene allo scopo che l'A. si è prefisso di « integrare le più urgenti necessità della cultura e della pratica, come direttiva e come attuazione ».

fil.

MOHR L. e STAEHELIN K. *Handbuch der inneren Medizin*. II. Auflage, Bd. V, 1. und 2. Teil. Berlin, Springer, 1925-1926. Mk. 102.

Nella 2a edizione del trattato del Mohr e Staehelin, compiuto sotto la direzione del Bergmann e dello Staehelin, il V volume è dedicato tutto alle malattie del sistema nervoso. Esso consta di due parti pubblicate in due volumi separati. La prima, che è comparsa nel 1925, contiene le malattie del cervello, trattate da Kurt Goldstein di Francoforte, quelle del midollo spinale trattate dal Müller di Marburgo, quelle dei nervi periferici trattate dal Veraguth di Zurigo. A questi capitoli ne precede uno sulla sintomatologia generale delle malattie del cervello per opera del Bing di Basilea.

La seconda parte edita nel 1926 costituisce anche essa un volume e comprende argomenti vari. Il capitolo sul sistema nervoso vegetativo e sulle relative malattie è stato compilato dal Bergmann e dal Billigheimer di Francoforte; quello sulle malattie congenite, eredofamigliari e neuromuscolari dal Bing di Basilea, quello delle costituzioni e delle reazioni psicopatiche e quello delle reazioni epilettiche e della epilessia dal Bumke di Monaco, quello della emicrania, cefalea e vertigine; quello delle malattie discinetiche, quello delle malattie vasomotorie e trofiche dal Curschmann di Rostock; quello delle alterazioni funzionali, della voce e della parola dal Gutzmann di Berlino, e infine quello delle affezioni tossiche del sistema nervoso dal Meyer di Konisberga.

La notorietà e la diffusione che hanno avuto ovunque la prima edizione e le sue traduzioni rendono superfluo ogni commento.

TRENTI.

MAGNUS-ALSLEBEN E. *Vorlesungen über innere Medizin*. IV ediz. Berlino, Springer, 1926. Mk. 13.50.

In breve volgere di anni è questa la IV edizione delle lezioni del Magnus-Alsleben, clinico di Würzburg. Se nelle edizioni precedenti l'A. aveva posto il titolo di lezioni di clinica propedeutica, in questa nuova edizione egli vi appone quello di lezioni di medicina interna. Il piano e lo svolgimento dell'opera non è gran che mutato; sono lezioni dedicate particolarmente agli studenti e ai medici pratici, basate essenzialmente su discussioni intorno a casi clinici, cercando di apportare alla discussione quanto è oggi meglio accertato. È stato dato in questa ultima edizione maggiore sviluppo alle malattie infettive, e a quelle del sistema nervoso, mentre negli altri capitoli sono state svolte le più recenti acquisizioni su ogni argomento.

TRENTI.

G. RONZONI. *Studi clinici e sociali di tisiologia*. S. A. Istituto Editoriale Scientifico. Milano. 1927, pag. 157. L. 30.

Il volumetto che il Ronzoni con la collaborazione del Parodi, De Benedetti, Cecchini ed altri,

(1) **Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.**

ha pubblicato di recente, completa, per così dire, il Trattato di tisiologia che la stessa Casa editrice, a cura di Carpi, Ronzoni e molti tisiologi diede alla luce nello scorso anno, trattato che ha avuto la più soddisfacente diffusione ed accoglienza in Italia da parte dei cultori e non cultori della moderna branca medica.

Nel presente libro, oltre a lavori sull'ergomanometro, misuratore delle pressioni pneumotoraciche, oltre a studi sulla semeiotica radiologica respiratoria, ecc., troviamo riportata la « Relazione ufficiale alla V conferenza della Unione Internazionale contro la tbc. », rapporto tenuto dal prof. Gaetano Ronzoni a Washington nell'ottobre 1926.

Basterebbe questo per rendere interessante il trattato destinato a contribuire alla maggior conoscenza dell'opera italiana nel campo della lotta antitubercolare; ma oltre alla « Relazione » sul valore del contagio tubercolare nell'adulto, troviamo discussi e presentati problemi di assistenza, cura, profilassi sociale che varcano i limiti della città o provincie dalle quali sono desunti ed alle quali si riferiscono per divenire questioni di pubblica utilità e di interesse generale, principalmente nazionale, italiano.

MONTELEONE.

Prelezione e Lezioni scelte alla Scuola A. Minich. Un vol. in 8° di 161 pag. Tip. Istituto Manin, Venezia.

La Scuola pratica di medicina e chirurgia « A. Minich » è annessa all'Ospedale Civile di Venezia ed è largamente frequentata da medici interni ed esterni. Alcune delle 226 conferenze tenute nel ciclo del 1923-24 sono qui riunite in volume e trattano casi clinici ed argomenti di indole pratica, fra cui: Il passato e l'avvenire della radiologia medica (G. Ceresole); Tumore epatico ed endorachidiano (F. Vitali); Sulle cirrosi epatiche (C. Pasinetti); La diatesi spasmofila (E. Giorgi); il compito del chirurgo davanti ad una malata con gozzo esoftalmico e neoplasma della mammella (D. Giordano).

fil.

Bagliori ed ombre in medicina. Un vol. in 8° di 219 pag. Pubblicazione della Scuola di Sanità Militare. Firenze, 1926. Prezzo L. 20.

La Scuola di Sanità militare in cui, sotto l'impulso del suo Direttore, il Colonnello medico prof. G. Grixoni, alita veramente un soffio di vita nuova, ha avuto la bella iniziativa di invitare alcuni professori dei nostri Atenei a tenervi delle conferenze, che vi portassero il frutto dei loro studi, il calore della loro parola, il fulgore della loro fede e del loro esempio.

E questo volume raccoglie il primo ciclo tenuto da A. Lustig (Una rivendicazione italiana: Agostino Bassi), M. L. Patrizi (Vedute novissime di fisiologia del cuore); G. Bilancioni (Oto-rino-laringoiatria di pace e di guerra); N. Pende (L'insufficienza circolatoria); C. Biondi (L'accertamento obbiettivo ed individuale del dolore); A. Herlitzka (Mal di montagna ed equilibri chimici del sangue); S. Baglioni (Fisiologia e clinica); O. Casagrandi (Virus filtrabili ed ultrafiltrabili); E. Maragliano (Il problema della tubercolosi nello stato attuale della scienza ed i contributi degli italiani).

La scelta degli argomenti ed il modo con cui sono svolti sono tali che ogni medico il quale voglia tenersi al corrente dei progressi della scienza nostra, troverà utile e gradita la lettura di queste conferenze che gli espongono le odierne vedute sugli argomenti trattati.

fil.

MEDICINA SOCIALE.

Per la maggior salute della gioventù universitaria italiana.

La visita medica agli studenti.

Da qualche tempo a questa parte, noi assistiamo con viva soddisfazione alla rivalutazione dei valori intellettuali, troppo spesso trascurati e spregiati in passato. Tendono a questa rivalutazione anche le riforme nell'ordinamento degli studi che, se pure sono in qualche punto passibili di critica, hanno però l'elevato intendimento di dare allo studio una maggiore dignità, di allontanarne gli inetti e di assicurare per il futuro un'eletta schiera di giovani che, ben preparati mediante una solida ed organica cultura, potranno meglio affrontare la lotta per l'esistenza e costituire una classe dirigente piena di fattive energie.

Poichè appunto nei giovani studenti, in queste falangi perpetuamente rinnovantesi che passano per le nostre scuole, per le nostre Università, noi abbiamo il vivaio delle forze vive che sapranno dare il vigoroso impulso di cui abbisogna il nostro Paese.

Ma chi si è mai curato della salute fisica di questi giovani, che sono le speranze del nostro domani? Noi andiamo ripetendo da secoli il vecchio adagio del « *mens sana in corpore sano* », noi ci preoccupiamo — e giustamente — della protezione dell'operaio, della assistenza alle madri, ai bambini, ai piccoli scolari; ma poi, quando questi giungono alle scuole medie sono quasi trascurati, come se il periodo prepubere e pubere

non rappresentasse anch'esso un pericolo pieno di gravi incognite.

Del tutto in balìa di loro stessi sono poi gli studenti universitari. Vengono molti dalle città di provincia, dai paesi, nella grande città affollata e, specialmente con le odierne difficoltà economiche, debbono talora condurre una vita disagiata, per non gravare troppo sul bilancio familiare. Per soddisfare le cresciute esigenze di esteriorità della vita odierna, sono spesso costretti a fare in compenso delle economie sul vitto e sul l'abitazione. La vita negli ambienti ristretti, tubercolizzati delle grandi città, gli strapazzi di diverso genere a cui alcuni si sottopongono fanno sì che parte di questi giovani, che sono venuti fiorenti dalle loro case, cada vittima della tubercolosi e vittima ignorata nel gran numero, solo nota ai pochi amici che lo circondavano. Tutti noi abbiamo il doloroso ricordo di qualche compagno di studi, morto durante gli anni di Università o poco dopo per tubercolosi. Ed è proprio a questa che gli studenti danno un larghissimo contributo, occupando il primo posto nella scala della mortalità per tubercolosi polmonare in Italia, col 32 % (riferito a 100 maschi adulti), a cui seguono i tipo-litografi col 28 % ed i camerieri col 26 %, mentre la media dovrebbe essere dell'8 %.

Tendono a minare la salute di questi giovani, anche le malattie veneree, fosco battesimo a cui non molti sfuggono, spesso non curate a sufficienza, che ricompaiono più tardi ad insidiare la salute e l'esistenza. Ed altre cause ancora, a cui si deve ora aggiungere l'odierna passione per lo sport, simpatica manifestazione di energia, ma talora espletata da chi non ha le qualità fisiche adatte e si trova un brutto momento a dover cedere; le non rare catastrofi alpine sono dovute il più spesso ad improvvise debolezze in individui non sufficientemente robusti.

Nulla purtroppo hanno questi giovani come difesa dagli insidiosi attacchi delle malattie. Lontani dalle famiglie, nessuno li mette sull'avviso del piccolo disturbo che inizia la malattia, al quale, con foga giovanile non vogliono nemmeno badare. Ricorrono per consiglio all'amico, che ne sa meno di lui (quanti scoli finiti con gravi lesioni o sifilidi ignorate a lungo, per il « consiglio dell'amico »!) e soltanto quando il male si è aggravato consultano un medico, di cui non possono sempre seguire le cure.

Venire in aiuto di questi giovani, sorvegliarli, sottoponendoli ad accurata visita medica che sappia scoprire in essi le prime avvisaglie del male, dare ad essi i consigli necessari e, dove occorra e si possa, anche l'aiuto, ecco un'opera sacrosanta che incontrerà indubbiamente la simpatia di tutti.

Da noi se ne è fatto iniziatore il prof. L. Devoto (1) il quale osserva che un grande e solenne dolore riunisce sempre le folle ai funerali dei giovani studiosi che sono soppressi sul finire dei loro studi o quando stanno per collocarsi e servire utilmente il paese. Non vi sono cerimonie funebri più commoventi di queste commemorazioni, marmi, fondazioni perpetue vogliono far vivere gli scomparsi. Ma non potevano essere prevenute alcune di queste sciagure? Allorquando un medico si sofferma su queste tragedie e procede ad indagini anamnestiche, viene ad apprendere che nel passato famigliare e personale di taluno vi era qualche cosa che doveva ammonire, che la giovane pianta da tempo era insidiata, male difesa, che rimarchevoli strapazzi, abitudini antigieniche, fugaci episodi morbosi andavano insieme collegandosi per stritolare ogni capacità di resistenza; scoperte le radici, la bufera ha facilmente la sua lugubre vittoria.

Ma non il solo sentimento ci deve spingere a fare qualche cosa per ovviare a questi mali; non il solo dolore delle famiglie e degli amici; anche il freddo calcolo del capitale che, per le famiglie e per la società, va perduto con queste giovani energie strappate anzi tempo alla vita. Si pensi che lo studente, entrando all'Università, è già costato alla famiglia, allo stato e ad altri enti oltre 60.000 lire e che altrettante saranno consumate negli anni universitarii ed un'ugual somma dopo la laurea se egli continua a studiare. A questo punto, una morte è una distruzione rilevante di capitale, su cui spesso si sorvola; ma chi farà il conto delle perdite sostenute dalla famiglia, dalla Nazione, dagli studi?

L'alto interesse del paese di conservare intatte le future energie, l'interesse materiale del capitale speso, da cui si attendono i frutti, il sentimento concordano dunque nell'indicare la necessità di provvedere per impedire tali jatture.

Con la « casa e la mensa dello studente » si offre a questo un notevole beneficio, si tolgono alleati all'antiigiene. Ma predisponendo presso le Università uno speciale Ufficio sanitario, *gratuito di visite*, di esami, di consigli per tutti gli studenti, la protezione di questi diviene completa sotto le forme dell'educazione fisica e della medicina preventiva. Una cartella sanitaria, compilata per ogni studente, tenuta al corrente (tutte le malattie, nessuna esclusa, dovrebbero essere notificate al medico, vincolato al segreto) darebbe la norma per precetti e consigli opportunissimi.

Se ai padri degli studenti si chiedesse se essi approvano o meno la costituzione di un simile

---

(1) *Arch. fascista di medicina politica*, maggio giugno 1927.

organo le risposte sarebbero evidentemente favorevoli nella grandissima maggioranza e le famiglie, specialmente quelle già provate dalla sventura, resterebbero tranquille e maggiormente attaccate alla « alma mater », doppiamente madre dei giovani. E questi, che spesso con baldanza giovanile sono irriverenti verso i diritti della salute, non tarderanno a convincersi dell'utilità di tale istituzione.

E l'esempio di quanto si fa all'estero ci conforta. Già la Francia si è messa su questa via come lo dimostrano anche i timbri che appone sulle lettere con motti che hanno dell'imperativo: « *La France doit sauver ses élites, aidez la cité universitaire* ».

Alle studentesche americane (più precisamente l'Università di New Yale), che largamente si sottopongono alla visita possiamo aggiungere quelle tedesche.

In Germania queste visite sono state introdotte da Weitz che a Tübingen nel 1922-23 ha esaminato 1.600 studenti e 136 studentesse (circa il 90 % della popolazione di quella Università); altrove Kuhn ne ha esaminato 1.528 (l'80 %). In entrambe le Università la visita venne eseguita dietro iniziativa delle Società di mutuo soccorso di studenti sopratutto per scoprire le forme più gravi di malattie, specialmente la tubercolosi e, secondariamente, anche per accertare l'idoneità agli esercizi sportivi.

Altre scuole seguirono ben presto l'esempio e nel 1924 la visita medica agli studenti si faceva in 10 Università, per alcune obbligatoria, per altre facoltativa. Tali visite dimostrarono che il peso degli studenti era deficiente in confronto di quello di altre classi di popolazione (esame delle reclute dei periodi di prima e dopo la guerra) ed in confronto degli stessi strati sociali dell'anteguerra. Circa il 4 % degli studenti risultò affetto da tubercolosi, sebbene solo il 2,5 % avesse lesioni attive.

Nel 1926, l'istituzione si estese a 26 Università. In alcune di esse è facoltativa, in altre obbligatoria, ma limitatamente ai malati ed agli sportivi, oppure all'atto dell'immatricolazione. Nel Baden, Baviera, Wurtemberg è resa obbligatoria per decreto ministeriale. Varie misure sono messe in opera per assicurarsi che la visita venga fatta: rifiuto di immatricolazione, perdita del sussidio di assicurazione-malattia, rifiuto di ammissione alle gare sportive.

All'inizio di ogni semestre, ogni studente riceve delle istruzioni per presentarsi alla visita in determinate ore, visita che nelle Università è affidata ai Direttori, agli aiuti, agli assistenti di clinica, talora col concorso di altre istituzioni. In altri Istituti superiori, gli esami vengono affidati ai medici delle Società sportive od a medici pratici, opportunamente incaricati. Di solito la visita è fatta da un solo medico: a Freiburg e Karlsruhe da medici diversi secondo la specialità. In generale si fa sempre l'analisi delle urine. Ogni istituto ha un suo modulo ed in ogni caso si danno all'interessato i necessari consigli, specialmente in riguardo alle attività sportive.

Sembra che in complesso qualche miglioramento nelle condizioni di nutrizione si sia osservato negli ultimi anni. Per quanto riguarda la tubercolosi, le ultime statistiche danno dei valori di 0,5-0,8 % di forme aperte e di 2-2,5 delle chiuse, complessivamente circa il 3 %, cifra che sembra a tutta prima esigua, ma che appare in tutta la spaventosa realtà se la si rapporta alle molte migliaia di studenti che frequentano le Università e che è certamente inferiore al vero perchè basata quasi dovunque sui soli studenti che si presentano all'immatricolazione e che sono appena arrivati dalla protezione dell'ambiente famigliare.

Ma più ed oltre alla visita per l'ammissione agli esercizî sportivi è essenziale quella diretta ad accertare le condizioni di salute accompagnata dai consigli e dalle provvidenze del caso. È soprattutto a questo che debbono tendere le nostre Università se vogliono avere cura del nostro patrimonio intellettuale per il quale è necessario l'integrità fisica della persona. E tutti debbono e possono concorrere a quest'opera, dal Governo dell'on. Mussolini che rivolge agli studenti appelli penetranti perchè essi siano « coraggiosi, leali e probi », alle Università, ai medici, ai sociologi. Si tenga presente che ben dieci delle nostre Università hanno rettori che sono medici, i quali debbono quindi, più che gli altri, essere consci della necessità e dell'utilità di questa istituzione e, dato il loro alto ufficio, possono prendere delle iniziative e predisporre, già nel periodo delle vacanze estive, l'organizzazione delle visite per il prossimo anno scolastico. Potranno poi seguire i consigli, eventualmente gli avvisi alle famiglie e soprattutto le provvidenze, che sono sempre le più difficili ad ottenersi per i mezzi finanziari che scarseggiano sempre. È tutto un programma di lavoro che si offre alle attività ed all'iniziativa di chi ha a cuore il benessere dei nostri giovani studenti e le nostre Università non mancheranno di comprenderne l'importanza e di cooperare a questa opera di bene nello stesso interesse degli alti destini del Paese.

A. Filippini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società di Medicina Legale di Roma.

Seduta del 7 maggio 1927.
Presidente: Prof. DORE.

Casuistica traumatologica medico-legale.

Prof. A. BELLUSSI. — I primi tre casi interessano per una prolungata sopravvivenza in contrasto colla gravità delle lesioni.

Il primo caso riguarda la morte per investimento di un robusto individuo che aveva riportato lacerazioni molteplici al fegato. Sopravvisse otto giorni e la morte avvenne per peritonite.

Il secondo caso riguarda un giovane boaro che ricevette dal compagno in una rissa un colpo di lima nella parte laterale superiore di destra del collo; l'istrumento penetrò nello speco vertebrale tra la prima e seconda vertebra cervicale, recidendo pressochè completamente il midollo e lasciandone integra una sottilissima porzione a sinistra. Sopravvisse quattro giorni.

Il terzo caso riguarda una donna che ricevè un colpo di arma da fuoco nella regione mastoidea sinistra. Il proiettile penetrò nella cavità cranica perforando i lobi sinistro e destro del cervelletto e il lobo occipitale destro immediatamente dietro al corpo calloso. Fu estratto dal chirurgo dalla faccia esterna dell'emisfero cerebrale destro nella circonvoluzione parietale ascendente. La donna sopravvisse 25 giorni. L'autopsia dimostrò una meningite purulenta con rammollimento e suppurazione della sostanza cerebrale lungo il tramite della ferita.

L'O. riferisce un quarto caso che riguarda il problema dello stato preesistente. Si tratta di un ragazzo di 9 anni colpito dal fratello con un colpo di manico di frusta alla testa. Riportò contusione superficiale circoscritta del cuoio capelluto della regione parietale anteriore destra. La calotta cranica e la dura madre furono notate integre. Si constatò invece soffusione emorragica abbondante sottodurale più accentuata a destra e contusione circoscritta della sostanza cerebrale dell'emisfero destro in corrispondenza del colpo. Il cranio era estremamente sottile con zone di rarefazione numerose sparse (rachitismo). Tali condizioni costituiscono l'esempio tipico della causa preesistente.

Faccette articolari dei condili occipitali e cavità glenoidi dell'atlante in rapporto all'identità personale.

Dott. IANNONI-SEBASTIANINI. — Espone le ricerche eseguite per accertare se la corrispondenza delle superfici articolari dei condili occipitali e delle cavità glenoidi dell'atlante sia sufficiente per affermare che un cranio e un atlante, trovati distaccati, appartenessero sicuramente ad uno stesso individuo.

Applicando allo studio di dette superfici articolari il segnalamento descrittivo morfologico del Bertillon e dell'Ottolenghi all'esame craniologico ed anche le misurazioni, accerta anzitutto le scarse differenze esistenti tra condili e cavità glenoidi in uno stesso individuo. Presi sistematicamente in esame 100 crani in confronto con un unico atlante, mise in evidenza che nessuno dei crani esaminati ha condili le cui superfici possano combinarsi con le superfici articolari dell'atlante preso come tipo essendone tutti profondamente dissimili nell'insieme dei caratteri.

Ricognizioni e confronti ai fini dell'identificazione giudiziaria.

Prof. S. OTTOLENGHI. — L'O. rileva l'empirismo tuttora dominante negli atti e procedimenti di identificazione giudiziaria di così grande importanza agli effetti della giustizia punitiva (Ricognizioni e confronti C. P. P. art. 257-563) e il rigoroso metodo scientifico che in base alle leggi psicologiche si deve seguire per evitare errori nel riconoscimento di fronte ai dati di fatto che, rilevabili coi moderni metodi di indagini di Polizia Giudiziaria, possono indurre con certezza alla identificazione e che sempre evitano gli errori di riconoscimento che furono la causa di tanto clamore in un recentissimo caso che ha interessato tutto il Paese.

Ricorda a questo proposito le norme per le ricognizioni e i confronti pubblicati nei « Prospetti Sinottici di Polizia Scientifica » sin dal 1907 e i progressi fatti nell'applicazione dei metodi di segnalamento dactiloscopici in tutti i paesi specialmente in Italia.

Spera nella riforma del C. P. P. in queste direttive.

Il Segretario: Prof. BELLUSSI.

☛ ***Pubblicazione indispensabile :***

Riordinata ed aggiornata senza mutarvi l'originale indirizzo eminentemente pratico, molto ampliata ed arricchita di parecchie nuove figure, abbiamo pubblicata la terza edizione del

Manuale di PEDIATRIA PRATICA

del Prof. Dott. MARIO FLAMINI

Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università
Direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma.

(Vedere l'Indice del Volume, riportato a pagg. 665, 666 del Fascicolo 18 del 2 maggio).

Un volume in-8°, di pagg. XII-452 nitidamente stampato su carta semiratinata, con 118 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **55**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **50**, in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Un caso di frattura isolata del piccolo trocantere.

Stulz e Fontaine (*Gazette des Hôpitaux*, n. 30, 1926) riferiscono il caso di uno studente di 13 anni il quale nel saltare avvertì bruscamente dolore vivissimo a livello della parte antero-superiore della coscia d. tanto da non potersi più sollevare dal suolo. Giovanetto di ottima costituzione che si lagnava di dolore vivissimo alla radice della coscia d. e vi si destava dolore alla pressione a 5 cm. all'infuori ed al disotto della spina del pube. Impotenza funzionale dell'arto malato marcatissima: a stento distaccava il tallone dal piano del letto, essendo in decubito dorsale; impossibile la flessione della coscia sul bacino (segno di Ludloff). Diagnosi clinica e radiografica di frattura isolata del piccolo trocantere. Terapia: un mese a letto senza immobilizzazione. Indi deambulazione normale.

La frattura isolata del piccolo trocantere è rarissima; la letteratura ne offre altri 38 casi. Essa si ha in 2 epoche estreme della vita: prima dei venti anni (80 % dei casi), quando il punto di ossificazione del piccolo trocantere non si è ancora saldato agli altri centri di ossificazione del femore.

Si ha nel sesso maschile ed è dovuta a causa indiretta: 1) per frattura da contrazione attiva dello psoas-iliaco o per tirare in avanti il tronco che tende all'indietro, o per spingere in avanti l'arto restato indietro; 2) per trazione passiva dello psoas.

Hanno valore per la diagnosi due soli sintomi: punto doloroso nel piccolo trocantere e segno di Ludloff. Il reperto radiografico dà un caratteristico distacco del piccolo trocantere dal femore, essendo risalito.

Per la terapia hanno lo stesso risultato immobilizzazione semplice a letto, o apparecchio che fissi l'arto inf. in rotazione esterna, abduzione e leggera flessione dell'anca. JURA.

La frattura della clavicola nei bambini.

Trattasi di una frattura assai frequente nell'infanzia e nell'adolescenza e specialmente da 1 a 5 anni. Tale predisposizione dell'età infantile sarebbe dovuta al modo con cui la clavicola si ossifica, cioè senza passare per lo stadio cartilagineo, ma impregnandosi subito di sali di calcio, allo stato connettivale; l'osso risulta quindi più resistente, ma anche meno elastico.

La frattura, nella maggior parte dei casi si ha alla parte media, quasi sempre per càusa indiretta; più frequentemente, si ha il tipo sottoperiosteo.

La sintomatologia è variabile e ben lungi dal presentare i segni ritenuti classici. Talora la frattura passa del tutto inosservata: è scoperta solo più tardi per la comparsa del callo; in altri casi, il bambino tiene il braccio pendente e del tutto immobile, piangendo al minimo movimento; altre volte la dolorabilità è lieve, permette i movimenti della mano e dell'avambraccio, esacerbandosi soltanto con quelli della spalla. Si possono osservare modificazioni nella configurazione della regione clavicolare (tumefazione del cono sopraclavicolare, senza ecchimosi, abbassamento della spalla, leggera sporgenza angolare dell'osso nella parte media); alla palpazione si risveglia il dolore ad un punto fisso, si osserva un grado limitato di mobilità e quasi mai crepitazione.

Al contrario di molti trattatisti, B. Formiggini (*Gazzetta med. lombarda*, 1927, n. 5) ha osservato che, anche nella varietà detta sottoperiostea, il periostio non rimane completamente integro, ma viene lacerato nella parte antero-superiore e scollato per un certo tratto all'estremità dei due frammenti. Queste alterazioni permettono una relativa mobilità dei monconi, per modo che questi subiscono lo spostamento e l'accavallamento delle fratture oblique e complete dell'adulto. In considerazione di questo stato di cose, l'A. segue un metodo di trattamento che tende a diminuire la deformità che ne può risultare.

Si flette l'avambraccio sul braccio e lo si pone indietro sul tronco, in modo che incroci perpendicolarmente la colonna vertebrale; lo si fissa in questa posizione per mezzo di un apparecchio formato da tre striscie di sparadrappo, di cui la prima parte dalla clavicola, si applica contro la testa omerale e termina sul dorso; la seconda, parte dall'apice della spalla e vi ritorna, dopo essere passata a livello della frattura, sul torace, sull'olecrano e sul dorso; la terza che è fissata in avanti sulla regione pettorale è adattata da altra parte al polso; la sua parte media si posa sulla spalla e sulla frattura. Si completa questo apparecchio con alcuni giri di benda.

Tale è il metodo di Bayer, che però l'A. non applica integralmente nel bambino. In questo, dopo avere avvolto il torace, l'arto superiore e la spalla del lato affetto con cotone greggio, flette l'avambraccio sul braccio, lo porta indietro in modo che incroci perpendicolarmente la colonna vertebrale e tira su di esso per portare il gomito il più vicino possibile alla linea mediana. Passa

quindi varii giri di fascia attorno al torace per fissare strettamente il braccio nella posizione menzionata, indi altri obliqui, che passano sulla spalla e sotto l'avambraccio per mantenere quest'ultimo nell'atteggiamento voluto. In tal modo, la spalla, stirata in basso ed all'indietro, fa sì che il frammento esterno della clavicola sia portato in alto ed in avanti; si corregge così lo spostamento e si permette di mantenere una buona posizione.

Il bendaggio viene lasciato in posto per 15-20 giorni, trascorsi i quali, si può osservare la formazione di un callo solido ma appena percettibile. Si fa seguire un periodo di relativo riposo (braccio al collo), dopo di che la funzione riprende con estrema facilità.

In 200 casi, questo metodo ha dato all'A. buoni risultati. *fil.*

Contributo allo studio delle fratture dell'atlante.

Pieri G. (*Archivio Italiano di Chirurgia*, volume XVII, fasc. 3, febbraio 1927) illustra un caso di rarissima frattura dell'apofisi trasversa dell'atlante, il secondo citato nella letteratura.

La lesione fu riportata da un bracciante dell'età di 31 anni il quale, in seguito a un brusco movimento laterale del capo verso sinistra eseguito per riporre in equilibrio un pesante fardello, avvertì scroscio, dolore vivo al collo, limitazione dei movimenti del capo. Questi dati anamnestici, una accentuata dolorabilità alla pressione sulla 1ª apofisi trasversa sinistra e il reperto radiografico fecero stabilire la diagnosi di frattura nel tratto delimitante il forame dell'arteria vertebrale.

La frattura si spiega avvenuta con meccanismo indiretto per strappamento dovuto a improvvisa violenta contrazione del muscolo angolare della scapola di sinistra che è, per la sua costituzione e per le sue inserzioni, tra i muscoli più potenti a determinare l'inclinazione laterale del capo.

L'immobilizzazione in una minerva gessata, in 40 giorni portò alla guarigione con reintegro dei movimenti.

F. GRIFI.

Sul cambiamento di forma del trapianto osseo nell'immagine radiografica.

È stato osservato più volte come l'osso trapiantato subisca un cambiamento di forma assumendo, seppure in modo limitato, la forma dell'osso che è destinato a sostituire. La causa di questa trasformazione è interpretata differentemente dai singoli autori. Per Lexer sarebbero da invocare le stesse cause che determinano la forma originaria di un osso. Bier invece dà una grande importanza alla funzione dell'arto. A questo proposito si può osservare che il trapianto subisce una trasformazione di forma in un periodo precoce, quando cioè l'arto è ancora provvisto dell'apparecchio gessato e quindi quando sono ancora impossibili stimoli funzionali normali.

Guleke (*Archiv. f. klin. Chir.*, vol. 141, pag. 325, 1926), ha avuto occasione di praticare 45 volte un trapianto osseo per lesioni dello scheletro dell'arto superiore (fratture, pseudartrosi, lesioni di guerra, ecc.); sempre ha usato la stessa tecnica cioè, recentati i monconi e aperto il canale midollare ha interposto una stecca ossea prelevata dalla tibia dello stesso individuo. In tutti questi pazienti ha ottenuto l'attecchimento del trapianto. Ha potuto eseguire dopo 5-10 anni, in un terzo degli operati un controllo radiografico, e ha notato come il trapianto aveva cambiato di forma solo in quei casi in cui era stato fatto per supplire un difetto della parte inferiore del radio o della metà superiore della ulna.

In base a questo reperto mette in relazione il cambiamento di forma del trapianto con l'importanza funzionale del segmento osseo. E precisamente la trasformazione si ha là dove l'osso ha la massima importanza; si sa infatti come una lesione del terzo inferiore del radio determini una grave lesione della funzionalità della mano mentre si può resecare il terzo superiore del radio senza che si notino notevoli alterazioni funzionali; lo stesso ma in senso opposto avviene per l'ulna.

La trasformazione di forma è anche, secondo l'A. un fatto precoce. Egli la ha notata sempre verso il terzo mese quando l'arto era ancora munito dell'apparecchio gessato. Crede quindi che la causa della trasformazione non sia la funzionalità completa ma invece le variazioni di tono dei muscoli e quei limitatissimi movimenti che possono avvenire anche nell'apparecchio e che implicano l'integrità ossea solo della parte funzionalmente più importante dello scheletro.

VALDONI.

Sull'osteocondrite ischiopubica.

È un particolare quadro morboso, appartenente al gruppo dei disturbi dell'ossificazione infantile e giovanile, localizzato al punto dove si saldano tra di loro ischio e pube, per lo più bilaterale.

Wülfing M. (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1926, Bd. 199, Heft. 6, S. 413) ne riporta cinque casi di cui uno solo personale.

I sintomi iniziali non caratteristici di questa malattia (dolori nell'anca, lieve claudicazione) dirigono l'attenzione del medico sull'articolazione dell'anca, la cui mobilità è però in genere nor

male. Talora esiste tumefazione e rossore nel triangolo di Scarpa o nel grande labbro. Il punto di unione dell'ischio con il pube è sempre dolente alla pressione. Radiologicamente l'articolazione dell'anca si presenta normale, mentre in corrispondenza del punto di unione dell'ischio con il pube si nota un focolaio di maggiore trasparenza ai raggi X, rotondo od ellittico, della grandezza da una nocciola ad una noce avellana, di aspetto granuloso, a limiti ben netti, circondato da tessuto osseo normale.

Cause incriminate sono gli strapazzi, i lievi traumi; forse in alcuni casi una lieve osteomielite può produrre gli stessi sintomi. In altri casi si tratta di un puro disturbo di accrescimento. Il semplice riposo basta a far regredire rapidamente tutti i sintomi. Ma dopo la guarigione clinica, il reperto radiologico può rimanere invariato per lungo tempo. L'eventuale indagine istologica rivela una reazione flogistica non specifica.

FIORENTINI.

Osteite fibrosa e sarcoma.

Ci sono nella letteratura antica casi di « osteodystrophia fibrosa » localizzata o generalizzata che degenerarono in sarcoma. Fra gli altri va ricordato il caso di osteite deformante di Paget che dopo un decorso di 22 anni, morì per un sarcoma dell'estremità inf. del radio. Anche nella letteratura più recente si trovano riferiti casi simili.

Wanke (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, vol. 201, fascicolo 5/6) vuole vedere un intimo rapporto genetico nella natura connettivale comune delle due malattie. L'osteodistrofia è considerata una reazione connettivale patologica dell'osso, che può degenerare e assumere caratteri di malignità. Del resto già Konjetzny la considerava uno stadio presarcomatoso. Riferisce la storia di una donna che operata nel 1904 per una iperostosi del mascellare superiore sinistro che aveva causato il riempimento dell'antro di Higmoro e decorreva col quadro clinico di una leontiasi, venne riopeprata dopo 19 anni per la comparsa nello stesso mascellare superiore di un sarcoma a cellule polimorfe con elementi gigantocellulari. Queste iperostosi delle ossa della faccia vengono considerate oggi da vari autori come una osteite fibrosa con speciali caratteri osteoplastici o meglio come uno stadio del processo. Nei preparati istologici eseguiti sul pezzo asportato nel 1923 si vedono vicino al tessuto certamente sarcomatoso anche tessuti che vennero interpretati dal Konjetzny e dal Borst come stadi diversi di un processo di osteite fibrosa.

Degno di nota è il fatto che tanto prima del primo episodio morboso quanto prima del secondo la p. aveva sofferto di carie dentaria del mascellare superiore sinistro per la quale ambedue le volte si era resa necessaria l'estrazione di denti. L'A. vuole interpretare il processo carioso come lo stimolo al quale l'osso ha reagito in primo tempo con un semplice processo di osteodistrofia, in secondo tempo con una neoplasia sarcomatosa.

MANFREDO ASCOLI.

TERAPIA.

Vie nuove per la cura dell'ulcera gastrica.

Nelle tre classiche indicazioni di intervento operatorio nell'ulcera gastrica: perforazione, stenosi, emorragia, G. Tillmann (*Münch. Mediz. Wochensch.*, 1927, n. 3) riconosce il valore assoluto delle due prime. Circa l'indicazione operatoria dell'emorragia l'A. crede che l'attuale radicalismo sia non completamente giustificato, o che almeno l'intervento rappresenti un atto che sorpassi notevolmente l'entità del bisogno. Premessa la dimostrazione ormai pacifica che la cura de riposo può condurre alla cicatrizzazione dell'ulcera gastrica, l'A. propone di applicare in maniera particolarmente intensiva tale sistema di cura anche ai casi di quelle ulcere che o per perforazione o per emorragia hanno richiesto l'intervento cruento. A questo scopo egli si serve di iniezioni endovenose giornaliere di soluzione di glucosio. La tecnica definitiva è la seguente: al mattino, a digiuno, lentamente, impiegando circa 20-30 minuti, si iniettano endovenosamente 1000 cc. di soluzione fisiologica in cui sono stati disciolti 50 gr. di glucosio purissimo di Merk. Alla sera si somministra una rettoclisi di circa un litro di acqua. Per tutta la giornata il paziente è a digiuno assoluto di liquidi e di solidi. Tale trattamento viene prolungato almeno per 10 giorni. È necessario che il paziente abbia vene di notevole calibro perchè ne è facile la trombosi; qualora esso non abbia vene accessibili a questo trattamento prolungato per tanti giorni, l'A. consiglia la iniezione sottocutanea della soluzione glucosata preferibilmente nella regione pettorale o alla radice della coscia.

L'iniezione condotta *lege artis* non dà disturbi speciali, eventualmente, qualche leggero brivido. Con tale metodo si riesce a mantenere nel riposo più assoluto lo stomaco per oltre dodici giorni senza che la nutrizione del malato abbia a risentirne troppo. Il passaggio da questo sistema di nutrizione a quello normale, deve essere quanto mai cauto e graduale.

L'A. ha applicato tale metodo in 9 casi di operati per perforazione di ulcera gastrica. Di essi 6 sono completamente guariti; un rigoroso controllo delle feci ha mostrato la scomparsa del sangue già dopo 7-12-15-17-18-19 giorni. Tre morirono per altre cause (embolia, polmonite, paralisi intestinale).

L'A. riferisce tali buoni risultati al riposo assoluto in cui viene lasciato lo stomaco e cita, a riprova, il caso di un perforato, che venuto a morte in 22ª giornata a causa di una polmonite, mostrò alla autopsia completamente cicatrizzata una ulcera che all'atto operatorio si era dimostrata del diametro di una piccola mela. Orbene, il p. era stato sottoposto nel periodo postoperatorio immediato, alla cura delle iniezioni di glucosio.

Se le iniezioni endovenose di glucosio non sono un fatto nuovo nella terapia, l'A. rivendica però la priorità di averle adoperate in maniera sistematica nell'ulcera gastrica perforata. Ha anche trattato nella stessa maniera con risultati soddisfacenti, casi di emorragie gastriche.

L'A. quindi raccomanda e si propone di usare sistematicamente le iniezioni endovenose di glucosio in tutte quelle affezioni e decorsi postoperatori gastrici in cui può essere di giovamento la cura del riposo.

F. ROCCHI.

Sul contegno terapeutico preferibile davanti ad un caso di appendicite acuta.

In una lezione tenuta all'Internato per laureati e studenti nell'Ospedale Civile di Venezia il professore Giordano (*Riforma Medica*, n. 12, 21 marzo 1927) richiama l'attenzione sulla necessità dell'intervento chirurgico precoce nella cura della appendicite acuta. Nella discussa quistione l'A. si dichiara nettamente contrario sia al concetto di *far raffreddare le appendiciti* sia pure al parere di quegli AA. i quali affermano potersi operare le appendiciti a caldo solo nelle prime 24 ore. Indubbiamente la gravità delle condizioni del p. va aumentando nei primi giorni per decrescere, ove la morte non si verifichi prima, dopo un tempo che varia a seconda dei casi, ma non meno certo è che non esiste alcun criterio sicuro per poter affermare che le discrete condizioni di oggi non siano diventate disperate domani, mentre d'altra parte si può con maggior facilità prognosticare che un malato oggi gravissimo lasciato a sè può l'indomani perire.

Per quanto riguarda la tecnica dell'intervento l'A. consiglia di isolare l'appendice fin nel cieco, incidere e rovesciare a manicotto la sierosa del vermio; le tonache sottostanti schiacciare con una pinza e recidere. Il moncone che resta nel manicotto viene causticato con acido fenico puro, il manicotto sieroso ricondotto nel monconcino causticato viene legato con catgut e il tutto sepolto sotto un punto a borsa di tabacco passato attorno perforando la sierosa del cieco. Queste precauzioni tendono, nel pensiero dell'A., ad eliminare ogni pericolo di infezione o aderenze per parte del moncone settico della mucosa appendicolare e l'esperienza gli ha dimostrato la bontà del metodo. Così pure eccellente pratica si è dimostrata il drenaggio frequentemente rinnovando la medicazione idrofila esterna (almeno ogni 6 ore) della fossa retrocecale con che si dà tempo alla difesa peritoneale di potersi organizzare.

Per intensificare la idratazione dei tessuti e la corrente capillare di liquido attraverso lo zaffo, l'A. applica la proctoclisi che mantiene fino a quando le urine non vengano emesse nella quantità di almeno 1 litro e le condizioni generali siano tranquillizzanti. Se non ostante le orine persistono scarse, il polso piccolo, la fisonomia brutta, l'infermo agitato, può la terapia essere intensificata aggiungendo al liquido da ipodermoclisi (liquido di Schiassi senza alcool, e con adrenalina, 100 cmc. di decotto 6 % di adonis venulis) praticando una lenta infusione endovenosa glucosata (10-15 %) e contemporaneamente la iniezione di 1 unità di insulina ogni 3 gr. di glucosio.

L'intervento e le assidue cure post-operatorie sono armi tali che nell'appendicite acuta permettono di ingaggiare con probabilità di successo la battaglia in qualunque giornata della sua evoluzione; si comprende che queste probabilità aumentano quando più precocemente le armi efficaci vengano poste in opera.

PALLADINI.

Due casi di perforazione spontanea del sigma-colon curati chirurgicamente e guariti.

Chifolian e Malleysson (*Le Progrès Médical*, n. 50, 7 dicembre 1926) riferiscono due casi operati d'urgenza con segni di peritonite acuta da dubbia appendicite gangrenosa, ed in cui fu trovato: una perforazione del sigma grossa come una testa di spillo in mezzo ad una placca sclerotica, nel primo caso; una placca di necrosi di circa 5 cmq. della parete del sigma nel secondo caso. Gli AA. passando in rivista 36 casi di perforazione del colon da etiologia incerta, concludono con l'affermare che in molti di questi casi si sia trattato di ulcera semplice perforante del colon, simile all'ulcera gastrica; ed in pochi altri casi di colite localizzata gangrenosa, simile alla appendicite gangrenosa.

V. LOZZI.

Il trattamento dell'anchilostomiasi.

Clayton Lane (*Lancet*, 14 agosto 1926) non ritiene giustificato il favore che attualmente gode il tetracloruro di carbonio e lo sconsiglia, come pure sconsiglia il betanaftol. Secondo tale A., i migliori rimedî per l'Anchilostoma duodenale sono il timolo (a dosi di 4 grammi) e l'olio di chenopodio (a noto contenuto di ascaridol) a dosi di cmc. 1,2. La scelta fra i due dipenderà da considerazioni secondarie, quali l'essere più o meno graditi al palato e, per il trattamento di grandi masse, il costo e la facilità di somministrazione. Per l'anemia successiva si darà il ferro insieme all'arsenico.

La soluzione del problema dell'anchilostomiasi dipende dal trovare un rimedio adatto. *fil.*

Nell'ossiuriasi ribelle con prurito anale.

Sabrazès consiglia di fare tutte le sere prima di andare a letto un clistere con un litro e mezzo di acqua in cui siano stati fatti bollire per 20 minuti sei spicchi di aglio; dopo raffreddamento, filtrare. Continuare per 30 giorni consecutivi. Ogni tre giorni, poi, fare prendere un cucchiaio di olio di ricino. Con questo sistema tale A. ha potuto fare espellere da un malato che soffriva fin dalla tenera età di un prurito ribelle, delle migliaia di ossiuri, ottenendo la guarigione.

Viene anche consigliato (*Journ. de med. de Paris*, 5 aprile 1926) il latte all'aglio, ottenuto facendo infuso per un'ora di 15 grammi di aglio pestato in 180 cmc. di latte scremato bollente. Filtrare, zuccherare abbondantemente e darne una tazza mattina e sera. *fil.*

Nella melena dei neonati.

La sifilide ne è spesso la causa. Nel dubbio, ed a più forte ragione negli eredo-sifilitici, si faranno quotidianamente delle frizioni mercuriali. All'interno, si darà ogni ora un cucchiaino di una soluzione di percloruro di ferro in acqua distillata (1/100) oppure di una miscela di Cloruro di calcio g. 1; Sciroppo di fiori d'arancio g. 20; Acqua distillata q. b. per g. 100.

Bene riesce la gelatina, anche per bocca, secondo la formula di Marfan: Gelatina pura g. 10; Lattato di calcio purificato g. 3; Acqua distillata g. 100. Fare sciogliere a caldo, sterilizzare, chiudere asetticamente. Il preparato è solido; per usarlo, scaldare a bagno maria e darne un cucchiaino ogni 1-2 ore. Si possono anche fare iniezioni di siero normale di cavallo (10 cmc.) ogni giorno.

La debolezza cardiaca sarà combattuta con iniezioni di olio canforato a 1/20.

(*Journ. de méd. de Paris*, 6 dic. 1926).

fil.

Nelle gengivo-stomatiti ulcerose.

Nidergang consiglia di fare dei bagni alla bocca con: Idrato di cloralio, Clorato di potassio, ana g. 5; Tintura di Badiana g. 1; Glicerina, Acqua distillata, ana g. 50. Da versarne un cucchiaino da caffè in un bicchiere di acqua bollita tiepida. *fil.*

SEMEIOTICA.

Diagnosi differenziale fra calcoli renali destri e calcoli epatici.

In presenza di un'ombra ottenuta con la radiografia nella regione ipocondriaca destra, si dovrà sempre domandarsi se, escluse certe calcificazioni ligamentose e ganglionari, si tratti di calcolo renale od epatico.

La clinica, con un interrogatorio accurato, può talvolta dare qualche orientamento, ma talora non dice nulla di decisivo. Si dovrà allora, nella forma e nel raggruppamento delle ombre (se esse sono multiple) ricercare la forma degli organi che le contengono (calcoli che disegnano la forma della cistifellea, ombra ad anello per i calcoli epatici, ombra a forma di corallo, a bottone di camicia per i calcoli renali).

Se questi caratteri delle ombre mancano, si prenderà un'altra radiografia anteriormente, se la prima è stata presa posteriormente, e paragonare la grandezza e la precisione dei contorni. Se l'ombra è più piccola e più netta nella radiografia anteriore, vi è probabilità che si tratti di calcolo epatico, e viceversa. Se non si può concludere, si farà una radiografia in decubito laterale destro. Se quest'ultima mostra un'ombra situata a più di un dito trasverso al davanti del margine anteriore della colonna vertebrale, si potrà concludere per un calcolo epatico. Se l'ombra si proietta sulla parte mediana o posteriore della colonna vertebrale, si penserà ad un calcolo renale.

In casi dubbi, J. François (*Revue médicale*, 5 maggio 1927) consiglia di ricorrere alla pielografia e prendere delle radiografie in posizione anteriore, posteriore ed anche obliqua. I calcoli biliari si proietteranno al difuori dell'immagine del bacinetto e dei calici. Quelli del rene rimangono sempre all'interno dell'immagine del bacinetto e dei calici.

Anche la colecistografia con la tetrajodo-fenolftaleina può essere di grande utilità. *fil.*

Il segno di Blumberg.

Se, palpando la fossa iliaca d., nell'appendicite acuta, si ritira la mano bruscamente, il dolore si accentua: la positività del segno indicherebbe

l'interessamento del peritoneo. Però esso non è esclusivo dell'appendicite e secondo Mintz (*Journal des praticiens*, n. 21, maggio 1926) lo si può riscontrare in tutte le infezioni peritoneali, lo si riscontra nel tifo tanto nelle forme benigne che nelle gravi non prima del 5° giorno di malattia, nella dissenteria (abitualmente nella regione della S iliaca) talora nel corso di coliche renali. Avrebbe speciale importanza, secondo l'A., nelle ulceri gastriche e duodenali ed in tali casi sarebbe all'altezza dei punti dolenti classici. Gli AA. veramente non sono tutti completamente d'accordo sulla costanza di detti punti; secondo l'A. nell'ulcera della piccola curvatura starebbe all'interazione di una linea trasversa posta 4-6 cm. sopra l'ombelico e di una linea paramediana 4-5 cm. a S. della mediana: posteriormente ad esso fa riscontro il p. di Boas. Il punto doloroso nel centro di una linea condotta dall'appendice xifoide all'ombelico 1 cm. e mezzo a D. sarebbe caratteristico dell'ulcera duodenale.

PALLADINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Può sposare una giovane che abbia sofferto di scrofola? — Al dott. Barresi, Piazza Armerina:

Una giovine che abbia sofferto di scrofola nell'infanzia ed ha nella famiglia individui già affetti da tubercolosi ossea, non è diversa da molte altre che hanno preso nell'infanzia i germi della tubercolosi senza esser diventate tisiche, se non in questo: che essa ha combattuto entro il suo organismo contro l'infezione tubercolare e l'ha vinta — se ora è in buona salute.

Accade spesso che i bambini contraggano forme di tubercolosi glandolare od ossea, senza localizzazioni pulmonari e poi ne guariscano. Anzi in questi casi, se poi lo sviluppo si produsse regolarmente e le condizioni di salute furono buone e si mantengono tali, è chiaro che l'organismo ha saputo resistere agli attacchi infettivi. Con ciò ha dimostrato una decisa resistenza.

C'è inoltre da notare che l'avvenuta infezione tubercolare, limitata alle glandole — organi di difesa dell'organismo — deve avere dato all'organismo stesso un certo grado di immunizzazione naturale e quindi anche per l'avvenire — se la donna farà una vita sana in ambiente igienico, senza esporsi a fatiche e contagi straordinarii — è da presumere che conservi una certa refrattarietà alla tubercolosi.

Il matrimonio non è dunque sconsigliabile per il solo fatto della sofferta scrofolosi e della tara famigliare di tbc. ossea. L'importante è che non esista ora tubercolosi pulmonare o grave stato pretubercolare, il che può vedersi con un esame clinico accurato e con le ricerche di laboratorio e radioscopiche del caso. Se la giovane sta bene, se l'esame clinico e radioscopico è negativo, sposi pure, chè essa non è in condizioni di inferiorità di fronte alle altre giovani nelle quali forse esiste latente un'infezione tubercolare o ha esistito o esisterà come è il destino di tutti.

ROSSI DORIA.

Al dott. Da Villa, Viganella (Domodossola):

Sulle funzioni del cuore e del sistema nervoso cardiaco e vasomotore può consultare, per il lato fisiologico il classico trattato di ROBERTO TIGERSTEDT: *Die Physiologie des Kreislaufes* (2ª edizione) edito in 4 volumi a Berlino e Lipsia presso la Vereinigung wissenschaftlicher Verleger. Quanto al lato patologico e clinico dei problemi che le interessano, le consiglio, per quanto si riferisce al cuore, il trattato di E. ROMBERG: *Krankheiten des Herzens u. der Blutgefässe* (Stoccarda, editore F. Enke, 3ª edizione, 1926) e, per la patologia dei vasomotori, la bella monografia di A. DUMAS: *La circulation sanguigne périphérique et ses troubles*, edita a Parigi dall'editore G. Doin (1926).

MELDOLESI.

Al dott. L. V. da N.:

La diagnosi di *edema del fegato* e della milza appartiene più all'anatomia patologica che alla clinica.

I *semivaccini*, o vaccini semiviventi sono preparati, con germi attenuati anzichè morti. Si usa generalmente la formalina, facendola agire ad una tale diluizione e per un determinato tempo in modo da ottenere degli insemenzamenti positivi, soltanto dopo 3-5 giorni di soggiorno in termostato; il ritardo è dovuto alla diminuzione di vitalità in conseguenza del trattamento con la formaldeide. Salvo errore sono stati preconizzati da Costa.

Essi hanno il vantaggio di avere delle tossine microbiche attenuate, di conservare alle cellule la sensibilità alle agglutinine, di conservare un potere fissatore notevole, essendo impedite le alterazioni che possono essere consecutive alla morte dei microbi e che hanno come risultato la completa disgregazione della sostanza organizzata: inoltre rimane conservato il potere antigeno delle culture.

fil.

Al dott. G. R., abb. n. 9238:

Non conosco, e non credo che vi sia, alcun trattato sulle « morti improvvise ». Sfogliando

molti periodici, si potrà trovare qualche articolo. In *Journal de médecine de Lyon* (20 nov. 1926) si trova un lavoro di Etienne-Martin e R. Villanova sulle « Morti improvvise per « shock emozionale ». Veda anche i trattati di medicina legale.

Come curiosità, le citerò la comunicazione di Faure (*Académie de médecine*, 1° marzo 1927), il quale avrebbe osservato che nei giorni con macchie solari, il numero delle morti improvvise si raddoppia. Il passaggio frequente delle macchie solari provocherebbe uno squilibrio momentaneo degli apparecchi regolatori della vita, come provoca lo squilibrio degli apparecchi telegrafici.

fil.

All'abb. n. 8980:

I. Un laureato nel 1926 può esercitare odontoiatria anche senza aver frequentato alcun corso speciale.

La legge 31 dicembre 1923 n. 2909 vieta soltanto il titolo di specialista a chi non abbia conseguito il relativo diploma.

Non vi sono altre disposizioni in merito.

L'ultima legge sull'esercizio della odontoiatria è quella del 16 ottobre 1924 n. 1755 e fu pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 13 novembre 1924.

II. Non ci è noto se esistano sindacati di meccanici dentisti oppure uffici di collocamento a Parigi, Berlino e Vienna. Gli odontotecnici tedeschi sono generalmente preferiti. Per trovarne uno disponibile può rivolgersi utilmente alla Casa Alessandro Weiss, Trieste, via Imbriani, 14.

c. c.

VARIA.

Sulla frequenza notturna delle nascite e dei decessi.

Laignel-Lavastine (*Journal Medical*) ha studiato la frequenza notturna delle nascite e delle morti. In base ad una statistica del servizio ostetrico de la Pitié, di 2561 nascite avvenute in un anno, sembra che il numero di queste sia maggiore dalle 6 della mattina al mezzogiorno, che dal mezzogiorno alle 6 della sera. La differenza poi è ancora più grande se si paragonano le nascite da mezzanotte a mezzogiorno con quelle da mezzogiorno a mezzanotte. Le prime raggiungono un totale di 1540, mentre le seconde sono appena 1111.

Secondo l'A. tale statistica indicherebbe l'importanza di un'*influenza cosmica*.

Un'altra statistica sulla mortalità eseguita nel reparto del Laignel-Lavastine, indica che su un totale di 196 decessi avvenuti nel periodo di un anno, 113 sono avvenuti dalle 6 del pomeriggio alle 6 del mattino e 83 dalle 6 del mattino alle 6 del pomeriggio.

Secondo l'A. questo studio orario della mortalità mette in evidenza *non solo l'influenza cosmica della notte, ma anche, e forse in special modo, l'influenza del sonno.* A. Pozzi.

Eccesso di nascite maschili.

W. A. Mijsberg (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 21 ag. 1926) si basa su molti dati per giungere alla conclusione che i concepimenti dei due sessi si equivalgono, ma che nascono più maschi, perchè gli embrioni femminili sono meno resistenti e molti di essi muoiono poco dopo il concepimento e sono espulsi. Dopo la nascita invece il sesso femminile prende il sopravvento, perchè i maschi sono più esposti alle cause di malattie e di morte. L'A. ascrive i minori poteri di resistenza degli embrioni femminili a cromosomi delle cellule germinali del padre e della madre, mentre l'embrione maschile porta solo cromosomi materni. In tempo di guerra, sono in maggior numero i padri deboli, il che rende gli embrioni femminili ancora meno resistenti del normale; il numero proporzionale dei neonati maschi risulta, perciò, più alto dopo una guerra: è quanto si è ora verificato.

(*Ann. d'Ig.*, feb. 1927).

Record d'interventi chirurgici subiti.

Alla « *Société de Chirurgie* » di Parigi il dottor Robineau riferiva su di una paziente del dottor Robert Monod, la quale a 47 anni e nel corso di 29 anni era stata successivamente operata per ulcera gastrica, gozzo cistico (emitiroidectomia), rene mobile (nefropessia), aderenze sottoepatiche, tumore della mammella destra (amputazione), tubercolosi renale (nefrectomia), polipi dell'utero (ablazione), emorragie uterine: complessivamente 8 gravi operazioni, senza contare altre minori. La paziente non ha perduto la sua fiducia nella chirurgia e si dichiara pronta a sottomettersi a nuove operazioni, se stimate necessarie.

Facies myòmica.

B. Herzfeld (*Zbl. f. Gynäkol.*, 13 nov. 1926) trova che nelle donne affette da miomi il volto è per solito arrotondato. Può essere iperemico od anemico: l'A. mette in rapporto il primo stato con la congestione periferica che accompagna la degenerazione grassa e il difettoso funzionamento del cuore, stati frequenti nelle donne miomatose. L'emaciazione non è frequente; se anche esiste anemia, si nota una certa pastosità dei lineamenti. L'A. attribuisce la *facies* caratteristica delle miomatose a disfunzione ovarica.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Riforma della Cassa di previdenza dei sanitari per il miglioramento del trattamento di quiescenza e per l'aumento dal 1° gennaio 1926 di tutte le pensioni dirette e indirette già concesse.

Legge 14 aprile 1927, n. 604 inserita nella *Gazz. Uff.* del 12 marzo 1927, n. 110:

Art. 1. — Per ogni posto di medico, di ufficiale sanitario e di veterinario soggetto al contributo di cui all'art. 1-sub 6 del R. decreto-legge 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, è stabilito un contributo annuo straordinario di L. 600, da versarsi con le norme dello stesso art. 1-sub 8 del citato Regio decreto.

Per i posti coperti da sanitari iscritti alla Cassa di previdenza, il contributo straordinario di cui al comma precedente è ripartito per L. 400 a carico dell'ente, e per L. 200 a carico dell'iscritto; per i posti vacanti e per quelli coperti da sanitari non iscritti alla Cassa, l'intero contributo straordinario è posto a carico dell'ente.

Il contributo straordinario di cui al presente articolo sarà ridotto secondo le risultanze del bilancio tecnico della Cassa di previdenza, con decreto Reale.

Art. 2. — La facoltà di iscrizione alla Cassa di previdenza di cui al terzo comma dell'art. 1-sub 3 del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, è concessa anche ai sanitari che prestano servizio provvisorio o interinale in posti regolarmente istituiti, a seguito di deliberazione di nomina divenuta esecutiva ed emessa posteriormente alla data di pubblicazione della presente legge.

Art. 3. — All'art. 1-sub 20 del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo comma sono aggiunte le parole « e non potrà essere inferiore a L. 1500 »;

b) al secondo comma è sostituito il seguente:

« Però nel caso di cessazione dal servizio per una delle cause di cui alla lettera *c*) dell'art. 17, la pensione da liquidarsi al sanitario non potrà essere inferiore a L. 2000, mentre nel caso di cessazione dal servizio nelle circostanze di cui alla lettera *d*) dell'articolo stesso, la pensione non potrà essere inferiore a L. 5000 »;

c) nell'ultimo comma alla parola « dodicimila » è sostituita la parola « venticinquemila ».

Art. 4. — L'Art. 1-sub 20-*bis* del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, è abrogato.

Art. 5. — All'art. 1-sub 26 del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) nel secondo comma alla parola « duemila » è sostituita la parola « cinquemila »;

b) l'ultimo comma è abrogato.

Art. 6. — Nel terzo comma dell'art. 6 del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, sono soppresse le parole « come assistenti negli ospedali e nelle cliniche »; nell'ultimo comma dell'art. 6 predetto alle parole « Ministero dell'interno » sono sostituite le parole « Ministero dell'istruzione ».

Art. 7. — Al R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, viene aggiunto il seguente art. 11-*bis*:

« Il periodo di servizio da riscattare ai sensi dei precedenti articoli 3, 5, 6 e 11, viene computato ad anni interi, trascurando la frazione che non eccede i sei mesi. Le frazioni superiori ai sei mesi possono, a richiesta dell'interessato, essere computate per un anno ».

L'ultimo comma dell'art. 8 e il terzo comma dell'art. 12 decreto citato, sono abrogati.

Alle norme per la determinazione del premio di riscatto di cui al citato art. 8 del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, sono sostituite quelle annesse alla presente legge.

Art. 8. — Il primo comma dell'art. 14 del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, è abrogato.

A partire dal 1° gennaio 1926 la indennità e la pensione ai sanitari iscritti alla Cassa alla data sopradetta, e alle loro vedove ed orfani, verranno liquidate in base alla tabella *A* unita alla presente legge ed alla tabella *B* annessa al decreto sopracitato.

Art. 9. — Alle pensioni liquidate e da liquidarsi dalla Cassa di previdenza ai sanitari iscritti alla Cassa, cessati dal servizio anteriormente al 1° gennaio 1923, aumentate secondo l'art. 15 del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, verrà apportato un ulteriore aumento con decorrenza dal 1° gennaio 1926 con le percentuali seguenti:

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

a) pensione degli iscritti:

il 60 per cento sulle prime 1000 lire;

il 50 per cento sulle somme eccedenti le prime 1000 lire e non superiori alle L. 2000;

il 40 per cento sulle somme eccedenti le prime 2000 lire e non superiori alle L. 3000.

L'aumento apportato con l'applicazione delle aliquote predette non potrà essere in alcun caso inferiore alle L. 1000;

b) pensioni delle vedove e degli orfani:

il 60 per cento sulle prime 500 lire;

il 50 per cento sulle somme eccedenti le prime 500 lire e non superiori alle L. 1000;

il 40 per cento sulle somme eccedenti le prime 1000 lire e non superiori alle L. 1500;

L'aumento apportato con l'applicazione delle aliquote predette non potrà essere in alcun caso inferiore alle L. 500.

Fermi restando i minimi sopra stabiliti, sono esclusi dagli aumenti sopra indicati le quote di pensione derivanti dai versamenti volontari e dai contributi relativi alle soppresse categorie di cui all'art. 4 della legge 14 luglio 1898, n. 335, nonchè le quote di pensione poste a carico degli enti per effetto delle disposizioni del terzo comma dell'art. 20 e di quelle dell'art. 39 del testo unico 2 gennaio 1913, n. 453, libro III, parte II.

Art. 10. — Le disposizioni dei precedenti articoli 3, 5, lettera a) e 8 si applicano dal 1° gennaio 1926 anche a favore dei sanitari e delle famiglie dei sanitari iscritti alla Cassa di previdenza cessati dal servizio tra il 1° gennaio 1923 e il 31 dicembre 1925.

Le pensioni liquidate e da liquidarsi con decorrenza compresa nel periodo indicato al comma precedente, in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1-sub 17 lettera d) e sub 26 del R. decreto 19 aprile 1923, n. 1000, convertito in legge 17 aprile 1925, n. 473, di importo eventualmente inferiore a L. 5000, saranno elevate a tale somma, ma a carico dell'ente sarà posta solamente l'eventuale differenza tra la somma di L. 2000 e la pensione teorica o reale risultante dall'applicazione della tabella A allegata alla presente legge, qualora la pensione medesima risultasse inferiore a L. 2000.

Art. 11. — Le disposizioni della presente legge si applicano a decorrere dal 1° gennaio 1926.

Alla legge è allegata una tabella.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIX. — Valutazione dei titoli di servizio militare per il giudizio circa il merito assoluto e comparativo dei concorrenti.

La decisione che qui segnaliamo considera il servizio militare in guerra da un punto di vista diverso da quello che altre volte è stato oggetto di esame agli effetti delle preferenze nei concorsi. Si tratta ora di stabilire se e in quali casi la Commissione possa valutare i titoli di servizio militare per il giudizio di merito assoluto e comparativo.

Quando il servizio militare degli ex combattenti abbia, per il suo obbietto, e per speciali distinzioni, elementi atti a provare una *capacità specifica* al posto per il quale il concorso è indetto, le Commissioni possono e devono valutarlo come indice di capacità agli effetti della formazione della graduatoria. È il caso, per es., del servizio prestato in guerra da un medico per la direzione di un'ambulanza, di un ospedale ecc. Si considera, allora, la prestazione d'opera sanitaria, come tale; ma se il servizio militare non ha questo particolare obbietto di prestazione d'opera, non può concorrere alla formazione di un giudizio di merito. La Commissione può e deve tenerne conto soltanto come *titolo di preferenza* nella graduatoria, qualora, *formata questa*, si verifichi la condizione della parità di merito fra due o più concorrenti. In tal caso, chi ha titolo militare è graduato, per effetto di esso, in ordine anteriore: ma il titolo è operativo quando il giudizio di merito è stato già formato, senza che esso abbia concorso a determinarlo. Per queste considerazioni, rigorosamente corrette, la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 19 novembre 1926 n. 413 ric. Catitti, ha annullato la graduatoria di un concorso perchè la Commissione aveva attribuito un coefficiente di valutazione a titoli militari e meriti di guerra, valutando da questo punto di vista una campagna di guerra con stellette ecc., titoli che costituivano soltanto dimostrazione del servizio militare prestato da ex combattenti senza che fossero indice di speciale capacità in relazione al posto che era oggetto del concorso.

XX — Nullità della graduatoria per erronei presupposti di fatto.

La Commissione giudicatrice di un concorso aveva ritenuto che uno dei concorrenti avesse prestato un lungo servizio militare (dal 1909 al 1919) e non aveva invece valutato il servizio sanitario prestato dallo stesso concorrente per l'ufficio di medico condotto, avendo essa ritenuto che inesattamente fosse stato attestato dalle autorità comunali la prestazione del servizio. Ma si accertò che il presupposto di fatto e il giudizio della Commissione erano errati. Furono perciò annullate la graduatoria e la nomina con decisione 11 dicembre 1926 n. 448 della V Sezione del Consiglio di Stato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale in Roma del Sindacato Medico Fascista.

È convocato in Roma nei giorni 4, 5 e 6 luglio 1927 il Congresso Nazionale del Sindacato Medico Fascista col seguente ordine del giorno:

1) Relazione morale.
2) Relazione finanziaria.
3) Statuto del Sindacato Nazionale e inquadramento sindacale.
4) Designazione del Segretario Generale e nomina del Direttorio Nazionale.
5) Assicurazione contro la tubercolosi e contro le altre malattie in rapporto alla applicazione della Carta del Lavoro.
6) Previdenza e assistenza ai liberi professionisti.
7) Ordini dei Medici.
8) Modifiche all'attuale legislazione sanitaria anche in rapporto ai nuovi Enti assistenziali creati dal Regime.
9) Nomina delle Commissioni direttive delle Sezioni tecniche del Sindacato.
10) Eventuali e varie.

A questo ordine del giorno del Congresso possono venire aggiunti quegli altri temi che i soci crederanno di svolgere e che presenteranno alla Segreteria Generale del Sindacato Nazionale Medico Fascista (via Lucchesi, 31 - Roma) non oltre il giorno 26 giugno.

Con successivo avviso verranno indicate la sede del Congresso e le modalità per le concessioni ferroviarie.

Al Congresso possono partecipare tutti i medici iscritti ai Sindacati, ma hanno diritto al voto soltanto i segretari dei Sindacati Provinciali, o, in mancanza, un rappresentante da essi designato.

Interverrà al Congresso l'on. Rossoni.

Il Segretario Generale del Sindacato Nazionale Medico Fascista: Dott. ARNALDO FIORETTI.

Riconoscimento del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici.

Con decreto recente è stato giuridicamente riconosciuto il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici. Quanto prima sarà provveduto dal competente Ministero delle Corporazioni all'approvazione delle nomine, a norma di legge, dei dirigenti dei Sindacati nazionali.

L'Ordine dei Medici per il ribasso dei prezzi.

La Commissione nominata nel gennaio 1926 dal presidente dell'Ordine per voto dell'assemblea, per la revisione delle tariffe, già lo scorso anno, osservando come il caro-vita si faceva sentire fortemente su tutte le classi sociali, deliberava di far qualche ritocco alla tariffa minima degli onorari solamente per qualche ricompensa che risultava addirittura indecorosa per la eccessiva esiguità.

Per tutte le altre deliberava invece di attenersi alla tariffa stabilita ancora nel 1921 che aumentava però di poco la tariffa dell'anteguerra.

Ora, considerata la rivalutazione della lira, con la speranza che tutto rapidamente possa in proporzione adeguarsi a vantaggio delle varie classi sociali, delibera ancora di applicare a tale tariffa la riduzione del 10 per cento, ferma sempre restando la facoltà già da lungo tempo in vigore da parte dei singoli medici di scendere anche al disotto della tariffa stessa in casi di accertata non abbienza, con quello spirito di carità e di sacrificio che sono precipua dote della professione medica.

La Commissione suddetta e il Consiglio dell'Ordine si pregiano di portare a conoscenza del pubblico tale deliberazione.

Il Segretario provinciale del Sindacato Medico Fascista, tiene a render noto che ventinove sanitari prestano l'assistenza a tutti gli iscritti al Sindacato dell'Impiego pubblico e privato ed ai loro familiari, purchè conviventi a carico, con una riduzione del 50 per cento della tariffa in vigore.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Ospedale Civico di S. Salvatore.* — Primario del Laboratorio di ricerche cliniche ed anatomo-patologiche; scad. 25 giu. Vedi fasc. 23.

BUCINE (*Arezzo*). — Scad. 29 giu.; 3ª condotta; L. 9000 e 4 quadr. dec.; indenn. cav. variab.; c.-v.; tassa L. 50.

FIRENZE. *R. Scuola di Sanità Militare.* — Per il prossimo anno scolastico 1927-28 è aperto il concorso per l'ammissione ad un corso di mesi 7 di 80 sottotenenti med. di complem. aspiranti alla nom. di ten. med. in serv. perm. Occorre avere ultimato gli obblighi di leva alla data 10 lug. 1927. Sono ammessi anche i ten. med. di complem. purchè rinunzino al grado ed accettino quello di sottot., salvo a essere reintegrati qualora non conseguano il successo al termine dei corsi o cessino di appartenervi. Potranno essere in serv. o in congedo. Età lim. 31 a. Docum. in carta da L. 3 al Min. d. Guerra, Dir. centr. di San. milit., o al distretto di resid. (se uff. in congedo) entro il 10 lug. Per ulter. schiar. cfr. « Giorn. di Med. Mil. », n. 33, 10 maggio, circ. n. 306.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario e direttore dell'Ufficio Municipale d'Igiene del Comune di Genova unificato. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 19.

GROTTE S. STEFANO (*Viterbo*). — Scad. 25 giu.; L. 10,500 e 5 quadr. dec., c.-v., L. 1500 trasp., L. 400 uff. san.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

LAGONEGRO (*Potenza*). — A tutto 30 giu.; lire 7000 per 600 pov. e 6 quadr. dodicesimo; docum. a 3 mesi; tassa L. 50; età lim. 40 a.; serv. entro 15 giorni.

MACERATA. — Scad. 25 giu.; consorzio con Tolentino e Pausula; L. 9000 e c.-v., oltre L. 3500 trasp.; 3 quadr. dec.; riconoscim. 1 quadr.; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.15.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Uff. san. e medico capo dell'Uff. d'Ig. di Mantova; al 15 lug., ore 18; titoli ed esami; L. 13,500 e 5 quadrienni dec.; L. 2500 indenn. carica, c.-v.; divieto eserc. profess. Ab. c. 42,000; ha. 1765. Chiedere ann.

MATINO (*Lecce*). — L. 8500 per 1000 pov.; addizionale L. 3 per 500 pov. e L. 5 oltre; 5 quadrienni dec. Scad. 30 giugno.

MOGLIANO VENETO (*Treviso*). *Pio Istituto Costante Gris*. — Direttore sanitario. Stip. lordo L. 22,000 aument. del dec. per 5 quinq.; indenn. c.-v.; alloggio a muri vuoti, orto, illuminaz. gratuiti. Scad. 15 luglio. Per migliori chiarimenti chiedere bando concorso al segretario sig. E. Pavan.

POLI (*Roma*). — Scad. 30 giu.; per Guadagnolo; L. 10,500, oltre L. 400 se uff. san., 5 quadr. dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

S. PELLEGRINO (*Bergamo*). — Scad. 30 giugno; L. 6500; addizion. L. 2 e L. 5 per ogni povero (secondo che abbia diritto o no ad assist. farmac.); L. 750 trasp.; L. 500 ambulat.; c.-v.; 5 quinquenni dec.; tassa L. 50.15.

S. PIETRO VIMINARIO (*Padova*). Proroga a tutto giugno.

SONNINO (*Roma*). — A tutto 25 giu.; v. fasc. 21.

TODI (*Umbria*). — Al 1° lug. Vedi fasc. 23.

Nota. Quando non è indicato altrimenti, i posti vacanti si riferiscono a condotte mediche.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Francesco Martirano, del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato, è promosso Capo Servizio. Vivissimi rallegramenti.

Alla cattedra di Clinica medica di Barcellona è stato chiamato il dott. Agustin Pedro y Pons.

Alla clinica chirurgica di Praga è chiamato il prof. Arnold Jirasek, quale successore del prof. O. Kukula.

Due premi stanziati dalla Scuola Medica di Buenos Aires per le migliori tesi presentate nel 1925 sono stati testè assegnati al dott. A. Heindenrech, per i suoi lavori sulla « sintomatologia frenica », e al dott. Varela, per le sue ricerche sulle lesioni vascolari dei reni e di altri organi nei diversi tipi d'ipertensione arteriosa.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano contro il cancro.

La Lega Italiana per la lotta contro il cancro ha convocato una riunione di tutti coloro che rappresentano una attività nel campo della lotta contro il cancro in Italia, per risolvere alcuni problemi pratici, per stabilire le linee generali del programma da svolgere, per far conoscere al corpo sanitario ed alla Nazione l'importanza di una attività di cui l'alto valore è superfluo dimostrare.

Il Capo del Governo ha dato la sua autorevole approvazione all'opera svolta fin qui dalla Lega e al programma della riunione che dovrà tenersi a Milano nel corrente anno.

Il Convegno, avendo scopi essenzialmente pratici, sarà organizzato da un ristretto Comitato locale di Milano in accordo col Consiglio Direttivo della Lega.

Il Consiglio confida che i colleghi tutti vorranno dare la loro adesione inviandola alla Presidenza della Lega (Roma (13) via Alberico II, 4-B), indicando se vorranno anche riferire su qualche argomento comunicandone l'oggetto (di indole generale o particolare, profilattico, terapeutico, statistico, ecc.).

Le adesioni e le proposte saranno trasmesse al Comitato Milanese, che ha sede in via Darwin, 25 Milano (24), al quale spetta la completa organizzazione della riunione.

* * *

Il Comitato organizzatore presieduto dal prof. Serafino Belfanti, ha deliberato che tale riunione sia tenuta in Milano tra il 10 ed il 15 ottobre.

Ha stabilito, anche per desiderio della Presidenza della Lega, di limitare la discussione a temi d'indole sociale e nazionale, riservando per ulteriori Congressi quelli di indole speciale. Gli argomenti posti all'ordine del giorno saranno quindi:

1° giorno: « Costituzione ed organizzazione dei centri diagnostici »; « Assistenza dei cancerosi »; « Metodi di propaganda ». 2° giorno: « La disciplina ed il controllo della radioterapia del cancro »; « Statistica sanitaria demografica del cancro in Italia ».

Il Comitato ha deliberato all'unanimità di costituirsi in Sezione Lombarda della Lega Nazionale per il Cancro.

Congresso Nazionale idrologico.

In una recente seduta del Comitato organizzatore del XVIII Congresso dell'Associazione Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, si è stabilito di fare il possibile perchè siano largamente rappresentati al detto Congresso i periodici medici italiani.

Si pregano, quindi, le singole Direzioni di volere cortesemente notificare se, aderendo il rispet-

tivo periodico al Congresso, è da sperarsi che ad esso intervenga personalmente il direttore (oppure il redattore capo, o qualcuno dei redattori, in rappresentanza ufficiale).

Con tutto piacere sarà mandata una tessera di congressista (senza pagamento della relativa quota, in doveroso « omaggio ») intestata alla persona che ciascuna Direzione vorrà indicare.

Durante il Congresso (Milano, 3-6 ottobre) avrà luogo possibilmente una riunione della Stampa Medica Italiana, per intese generiche e specie in rapporto all'appoggio che la « Stampa Medica » può dare alle stazioni termali, climatiche, marine, ecc.

Hanno già aderito a questo Congresso (che assumerà notevole importanza) il Consorzio dei Comuni di cura, la Federazione Fascista industrie termali idroclimatiche, il Touring Club Italiano, il Comitato Stampa Medica Italiana ecc. nonchè i maggiori esponenti delle singole Aziende termali e curative in genere.

Al XVIII Congresso della Associazione Italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica, ed in particolare alla suddetta riunione di tutta, possibilmente, la « Stampa Medica Italiana » ha promesso il più cordiale appoggio anche la Reale Società italiana di igiene (con sede in Milano, via Ospedale, 3, presso l'Istituto d'Igiene della R. Università), la quale annunzierà in tale occasione quanto ha stabilito di fare per la celebrazione del proprio prossimo cinquantenario.

Le adesioni si ricevono alla sede attuale del Comitato: via S. Paolo, n. 10, Milano. La quota di iscrizione è di L. 30 pei medici, chimici, ecc. (L. 15 per le signore); L. 50 pei Comuni e per gli Enti.

Verrà al più presto pubblicato un dettagliato programma.

Società Italiana per il progresso delle Scienze.

Il Comitato ordinatore del Congresso della Società per il progresso delle Scienze che si terrà a Perugia dal 1° al 5 ottobre si riunì a Perugia il 15 u. s.

Il Capo del Governo e le supreme autorità dello Stato hanno accordato il loro appoggio affinchè la riunione di Perugia riesca degna della nobilissima città e delle gloriose tradizioni della Società Italiana per il progresso delle Scienze.

Congresso internazionale del freddo.

Il Comitato Centrale del V Congresso internazionale del freddo, ha deliberato il rinvio del Convegno, d'accordo con il Comitato internazionale, al 4 aprile 1928, per consentirne una maggiore preparazione e sopratutto una larghissima manifestazione dell'industria nazionale. In tale occasione si aprirà la prima Mostra internazionale del freddo, la cui importanza è grandissima per l'Italia, essendovi collegata la maggior parte delle importazioni ed esportazioni italiane.

Alla Società delle Nazioni.

Il Comitato d'Igiene adunatosi a Ginevra dal 14 al 18 febbraio, approvò i lavori delle sue Commissioni e dei suoi Comitati d'esperti; stabilì uno schema di collaborazione con l'Ufficio internazionale d'Igiene; decise di organizzare nuovi scambi di personale sanitario; approvò l'istituzione di un centro secondario d'informazioni epidemiologiche nella zona del Pacifico Australe a Melbourne; prese altre deliberazioni.

Associazione della Stampa Medica Belga.

Il dott. L. Mayer, presidente dell'Associazione, volendo mettere i colleghi al corrente delle risoluzioni prese dal Congresso della Stampa Medica Latina, li convocò a una colazione, che ebbe luogo il 28 maggio presso la « Fondation Universitaire » di Bruxelles.

Vi parteciparono: Delchef (*Scalpel*), Watry (*Anvers-Médical*), Keyser (*Bull. de la Soc. Belge de Dermat. et de Syphilogr.*), Gaudy (*Cancer*), Cambresier (*Archives Méd. Belges*), Baudoux (*Journ. dentaire belge*), Lust (*Bull. Soc. belge d'Oto-rinolaringol.*), Stobbaerto (*Journ. de Méd. et de Chir. des Accidents du Travail*), Hoedmakers (*Revue Médicale*), Beckers, segretario dell'Associazione, (Mayer e Beckers rappresentavano *Bruxelles-Médical*).

La Mostra de « La donna e il bambino nel loro regno ».

Questa Esposizione fu solennemente inaugurata a Torino alla presenza del Duca di Genova, dell'on. Bisi, sottosegretario di Stato all'Economia Nazionale in rappresentanza del Governo, del prefetto marchese De Vita e di altre autorità.

Corso di perfezionamento.

Un corso sulle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari con alcuni elementi di ortopedia pratica si terrà a Berck Plage, nell'Ospedale Marittimo, sotto la direzione del dott. E. Sorel, con la collaborazione di vari medici, dal 18 al 30 luglio. Tassa 250 franchi. Per informazioni e programmi scrivere al Dr. Delahaye, Hôpital Maritime, Berck Plage (P. de C., Francia).

Insegnamento della fisioterapia.

È stato organizzato presso la Facoltà medica di Bruxelles ed affidato al prof. Gunzburg; la frequenza ne è obbligatoria. La lezione inaugurale concernette « la periatrite scapolo-omerale ».

Il Padiglione « Mutilati del Viso » a Milano.

Il 31 maggio presso l'Istituto Stomatologico di Milano (via Commenda), fu inaugurato il nuovo Padiglione pei Mutilati del viso, intitolato alla memoria dell'on. avv. Cesare Sarfatti.

Alla cerimonia parteciparono le più significative personalità del mondo medico milanese, le

autorità, la vedova del compianto benefattore, uno stuolo di medici.

Parlarono il prof. Aldo Maggioni, della Facoltà Medica di Genova e presidente della Società Stomatologica Italiana e il prefetto gr. uff. Pericoli.

Si procede poi alla visita allo splendido Padiglione e all'inaugurazione di una lapide che ricorda le benemerenze dell'O. P. Scaldarancio e di altri preclari benefattori dell'Istituto.

Per un nuovo Sanatorio a Cuasso al Monte.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Milano, in sua recente seduta ha, fra l'altro, deliberato di destinare la somma di 15,000 lire a favore dell'erigendo nuovo Sanatorio Antitubercolare che la Federazione Provinciale Fascista intende far sorgere a Cuasso al Monte.

Per l'Istituto psichiatrico di Monaco.

La Fondazione Rockefeller ha concesso una sovvenzione di 75,000 dollari, a complemento di un'altra di 250,000 dollari assegnata lo scorso anno, perchè venga costruito a Monaco l'« Istituto tedesco di psichiatria ».

Alla Scuola medica di Detroit.

Il « Detroit College of Medicine and Surgery » (Stati Uniti, Michigan) ha fatto costruire un magnifico edifizio di sei piani, destinato ad allogare laboratori ed aule di fisiologia, chimica biologica e chirurgia sperimentale, uno stabularium, un auditorium e una biblioteca. È costato 500,000 doll. Verranno erette altre tre unità simili.

In onore del prof. Vittorio Ascoli.

Sere or sono, nelle eleganti sale dell'albergo del Quirinale, gli aiuti, gli assistenti e gli studenti interni della Clinica Medica Romana hanno voluto riunirsi intorno al prof. Ascoli, che da quasi un decennio tiene degnamente, dimostrando rare doti di cultura e di bontà, la cattedra del suo compianto maestro Guido Baccelli.

La simpatica e cordiale riunione ha dimostrato la profonda riconoscenza ed il vero affetto che portano all'illustre clinico tutti quelli che hanno vissuto il suo duro e quotidiano lavoro e seguito la sua amorevole e serena parola.

Notati, infatti, tra l'intervenuti, non solo i suoi allievi di oggi, ma anche molti che dovettero lasciarlo perchè chiamati ad altre mansioni. Erano tra questi i professori Pontano, Cherubini, Cardarelli, Alessandrini e i dottori Tullio De Sanctis, Marchesi ed altri.

La medaglia Nightingale.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa di Ginevra ha conferito la medaglia « Florence Nightingale » alla marchesa Irene di Targiani Giunti, delegata generale per le infermiere della Croce Rossa Italiana. L'importante onorificenza viene conferita per determinazione della Conferenza internazionale di Washington ogni due anni, a quelle infermiere che in tempo di pace e in tempo di guerra si sono maggiormente distinte nei vari Paesi del mondo per capacità e devozione nell'assistenza dei malati e feriti. Essa è un giusto riconoscimento dell'opera diuturna e proficua che la nobile gentildonna calabrese compie dall'inizio della guerra, prima come infermiera volontaria, poi come delegata generale per le infermiere della C. R. I. I nostri sentiti rallegramenti.

Reclutamento di ufficiali medici.

Con R. D.-L. 12 maggio 1927, n. 846, è stata data facoltà al Ministro per la Guerra di procedere, in deroga alle norme vigenti ed indipendentemente da ogni altro reclutamento in corso, ad un reclutamento straordinario di n. 20 capitani medici e n. 25 tenenti medici: *a*) con trasferimento nel Corpo sanitario militare di ufficiali inferiori dei gradi rispettivi in servizio permanente nelle varie armi e corpi, i quali siano provvisti della laurea in medicina e chirurgia rilasciata da una Università del Regno; *b*) con nomina in servizio permanente a capitano o tenente medico di capitani o subalterni medici delle categorie in congedo che non abbiano oltrepassato alla data del primo maggio 1927 il 45° anno di età per i capitani e il 38° anno per i subalterni e posseggano i requisiti richiesti per la nomina ad ufficiale nel servizio permanente.

Venticinquennio di laurea.

I laureati a Napoli nel 1902, che desiderassero festeggiare il 25° anno di laurea a Napoli, sono pregati di mandare la loro adesione al dott. Suriano Angelo in Pianiga prov. di Venezia.

Un bel gesto.

In occasione di onoranze tributate dai medici trentini al dott. Antonio Rostirolla, medico primario a Trento, questi, in segno di gratitudine, ha elargito la somma di L. 500 a favore del fondo Sovvenzioni a Vedove ed Orfani. L'esempio fu imitato da molti colleghi che, non potendo intervenire alla festa, offrirono contributi a quel fondo.

Per la vivisezione in Inghilterra.

Il 28 aprile venne presentata alla Camera dei Comuni una petizione firmata dalle personalità più eminenti del corpo medico inglese e da 1497 membri del corpo insegnante delle Facoltà di Medicina; essa chiede che non sia più votata nessuna legge per limitare le ricerche sperimentali sui cani e su altri animali; chiede, inoltre, una modificazione della legge attuale, nel senso che venga permesso, sotto riserva di prevenzione del dolore e dell'organizzazione di un controllo, di utilizzare, per le ricerche biologiche, gl'innumerevoli cani randagi, che costituiscono un pericolo pubblico.

Sciopero di tubercolotici.

Nell'Ospedale Comunale per tubercolotici a Leeds, sessanta ricoverati, per protestare contro un nuovo regolamento che proibisce il fumo e diminuisce le ore di libera uscita, tennero un comizio; poi mandarono una deputazione di tre membri a parlamentare col direttore. Questi rifiutò di riceverla e, secondo la versione dei malati, mandò ad avvertire i tre componenti che li espelleva dall'Ospedale. Per solidarietà gli altri sessanta malati ritirarono i loro indumenti e lasciarono l'Ospedale, dove non sono rimasti che i malati costretti a letto.

Nella stampa sanitaria.

Ha visto la luce il primo numero della « Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi », pubblicata a cura del prof. C. Costantini, coadiuvato da un comitato direttivo e una redazione.

Il nuovo periodico risponde ad una necessità colturale, dacchè la produzione nostrana sulla tubercolosi è copiosa e la letteratura mondiale è immensa. Esso sorge appunto con l'intento di raccogliere, coordinare e valorizzare la produzione italiana e di rispecchiare fedelmente tutta quella straniera, limitatamente alla patologia ed alla clinica — campi già vastissimi.

Il 1° numero reca tre pregevoli contributi originali e una ricca messe di recensioni.

Redazione e amministrazione hanno sede a Bologna (via Dante, 6).

Al nuovo periodico i nostri auguri più sentiti.

Sulla breccia.

Il prof. Paul Kubinyi, da poco direttore della Clinica ostetrica di Budapest, ove era succeduto a Bársony, è morto a 57 anni di un'emorragia cerebrale durante un'operazione. Egli aveva avuto altri ictus, ma si era ben rimesso; il giorno della morte aveva già eseguito quattro interventi, senza incertezze e con mano ferma. Aveva appena inciso la pelle della quinta operanda, allorchè si accasciò fulminato; l'intervento venne continuato e condotto a termine dall'aiuto. È questa la terza morte tragica che in brevissimo tempo colpisce la Facoltà medica di Budapest: difatti or non è molto i proff. Krompecher e Benedikt avevano troncato la loro vita, per mettere fine a malattie da cui erano colpiti, da essi giudicate incurabili.

*

Il prof. López Figueroa, che da pochi giorni aveva lasciato l'insegnamento di anatomia umana alla Scuola Medica di Buenos Aires, è morto improvvisamente pochi minuti dopo di aver assistito alla cerimonia del congedo, organizzata dal successore prof. Avelino Gutiérrez.

Vittima professionale.

Il 9 marzo il dott. Guilpin di Parigi, primario psichiatra, venne ucciso con due colpi di arma da fuoco alla schiena da un antico ricoverato al manicomio, con cui qualche minuto prima egli discorreva familiarmente.

È il terzo caso del genere che deve deplorarsi in Francia nel corso di pochi mesi. Effetti del contagio psichico!

L'artista Luca Fildes.

È morto a Londra, in età di 84 anni, il pittore sir Luke Fildes, il cui capolavoro, « il dottore », ottenne un successo straordinario ed ora adorna la Galleria Nazionale della Metropoli inglese.

Il quadro venne dipinto 34 anni or sono e raffigura un bambino alletato, accanto al quale siede il medico, che lo ispeziona; la madre è seduta accanto, e si regge il capo ad un braccio; il padre sta in piedi, dietro, poggiando una mano sulla spalla di lei. Il quadro destò vive discussioni per l'efficacia rappresentativa e per il simbolismo che vi si è voluto scorgere; è sempre ammiratissimo.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di aprile 1927.

MALATTIA	28 mar. 3 aprile		4-10		11-17		18-24		25 aprile 1 mag.	
	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi	Comuni colpiti	Casi
Morbillo . . .	331	20 8	218	2099	262	2088	246	1829	299	2230
Scarlattina . .	96	238	100	234	107	255	100	240	107	240
Varicella . . .	112	255	88	232	106	254	10[illegible]	240	116	261
Vaiuolo e vaiuoloide . .	1	1	—	—	3	4	—	—	—	—
Tifo addominale	136	230	150	269	152	174	136	37	155	265
Dissenteria . .	1	1	1	2	1	1	3	3	2	2
Difterite e croup . . .	170	266	179	286	176	310	190	294	167	295
Meningite c.s.e.	8	8	11	11	8	10	10	10	8	8
Poliomieliti a.a.	3	3	4	4	1	1	3	3	—	—
Encefalite letargica . .	7	8	11	11	5	5	4	4	2	2
Rabbia morsicati	55	95	56	92	61	92	65	06	70	111
Rabbia dichiarati	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Pustola maligna	9	9	14	14	13	13	11	14	17	18
Tifo petecchiale	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—

Colera Asiatico e Peste bubbonica: nessuna denunzia.

Un telegramma da Bordeaux ha annunziato la morte del Ten. Colonn. Medico Dott. R. PICQUÉ, avvenuta mentre ritornava in aeroplano sanitario a Talence, per caduta provocata da un incendio del serbatoio della benzina.

Il Picqué è ben noto anche fra i nostri giovani medici per il suo ottimo Trattato pratico di anatomia chirurgica e di medicina operatoria, che compilò mentre era ancora al Val de Grâce, e che il Dominici tradusse in Italiano.

Negli ultimi anni era divenuto un fervente apostolo dell'aviazione sanitaria, e molti ricorderanno che egli si recò in volo da Bordeaux a Roma in occasione dell'ultimo Congresso della Società Internazionale di Chirurgia su un aeroplano da trasporto di feriti, che mostrò praticamente al campo di Centocelle, e su cui fece pure ritorno in Francia, dopo il Congresso.

In quell'occasione, oltre alle prove di volo, egli durante una conferenza che tenne al Congresso, mostrò delle bellissime films assai dimostrative dell'utilità dell'aviazione sanitaria al Marocco ed in Francia, films che ebbe la gentilezza di lasciarmi per qualche tempo, tanto che io potei servirmene insieme ad altre italiane per una conferenza di propaganda che tenni l'anno scorso nell'Aula Magna dell'Università.

Ora giunge la dolorosa notizia della Sua immatura fine, e onorando il collega colto e valente, c'inchiniamo al propagandista convinto, che è morto per l'ideale di cui è stato uno dei più efficaci pionieri. ROBERTO ALESSANDRI.

Al prof. Sertorio e al dott. Mario MARINACCI le nostre sentite condoglianze per la perdita del loro amato genitore MATTEO.

Si è spento a Napoli, in età di 46 anni, il prof. GIUSEPPE MOSCATI. Egli aveva seguìto, insieme, la carriera universitaria e quella ospedaliera. Negli Ospedali raggiunse rapidamente il posto di direttore di sala (primario). Nel campo scientifico il suo nome resta legato ad una serie di ricerche di chimica fisiologica: sui metodi fisico-chimici per la valutazione del peptone nelle urine, sulle conseguenze dell'ipofisiectomia, sul potere d'assorbimento della cistifellea, sul glicogeno degli espettorati ecc.; larga eco ha avuto un suo studio sperimentale sulle vie linfatiche dall'intestino ai polmoni. Sostituì per qualche tempo il prof. Bottazzi. Di multiforme attività, ricordiamo ancora che egli organizzò l'ospedalizzazione dei colpiti di rabbia e l'assistenza agli infermi nella succursale degli Ospedali di Torre del Greco. Occupò una posizione brillante anche nel giornalismo medico. Il suo insegnamento, in cui armonizzava clinica e laboratorio, era molto ricercato. Pel suo animo nobilissimo e per la larga estimazione di cui godeva, la sua fine prematura ha destato il più profondo rimpianto. A. P.

Indice alfabetico per materie.

Diritti di proprietà riservati. — *Non è consentita la ristampa di lavori pubblicati nel* **Policlinico** *se non in seguito ad autorizzazione scritta dalla redazione. E vietata la pubblicazione di sunti di essi senza citarne la fonte.*

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier V. ASCOLI, Red. resp

Di attualità,

di prossima pubblicazione:

IL PROBLEMA DEL CANCRO

del

Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE

A. M., Sc. D., M. D., C. M., LL. D.

Commendatore della Corona d'Italia

Membro Corrispondente dell'Accademia Medica di Roma

e Socio Onorario della Lega Italiana per la lotta contro il cancro

Professore di chirurgia del New York Policlinic Medical School and Cancer Hospital
Direttore del Comitato di consulenza chirurgica del Manhattan State Hospital, Ward's Island, e del New York City Children's Hospitals & Schools
Chirurgo e Segretario del Comitato di ricerche scientifiche del New York Skin and Cancer Hospital
Chirurgo direttore dell'Ospedale per le affezioni articolari di New York
Presidente onorario del Primo Congresso per lo studio del cancro Heidelberg 1906
Chirurgo del New York Skin and Cancer Hospital

Professore di ginecologia del Post-Graduate Medical School and Hospital di New York
Medico Ispettore Capo della riserva della Marina Americana
Delegato Ufficiale degli Stati Uniti ai Congressi Internazionali di Medicina Militare di Bruxelles, 1921, Roma, 1923, Parigi, 1925, Varsavia, 1927
Membro del Comitato permanente dei quattro Congressi
Membro dell'Accademia di Medicina di New York
Membro della Reale Accademia di Medicina d'Inghilterra
Membro corrispondente della Reale Accademia di Medicina del Belgio
Ufficiale della Legione d'Onore
Ufficiale dell'Ordine di Leopoldo

Traduzione in riassunto
dalle edizioni inglese, francese e spagnuola
a cura dei Dottori
GIOVANNI PERILLI e ARNALDO POZZI

Prefazione del Prof. **ROBERTO ALESSANDRI**
Direttore della R. Clinica Chirurgica della Università di Roma

Il libro contiene inoltre un capitolo originale

Sugli studi e sulla lotta del Cancro in Italia

e tutta la bibliografia oncologica Italiana più recente (1910-1926).

Un volume in 8°, di pagg. XVI-365 nitidamente stampato, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo lire 60, più le spese postali di spedizione.

Esclusivamente agli abbonati al "Policlinico" il volume sarà ceduto per sole

Lire 48 in porto franco

purchè essi inviino questo importo *prima del 30 Giugno* all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - ROMA.